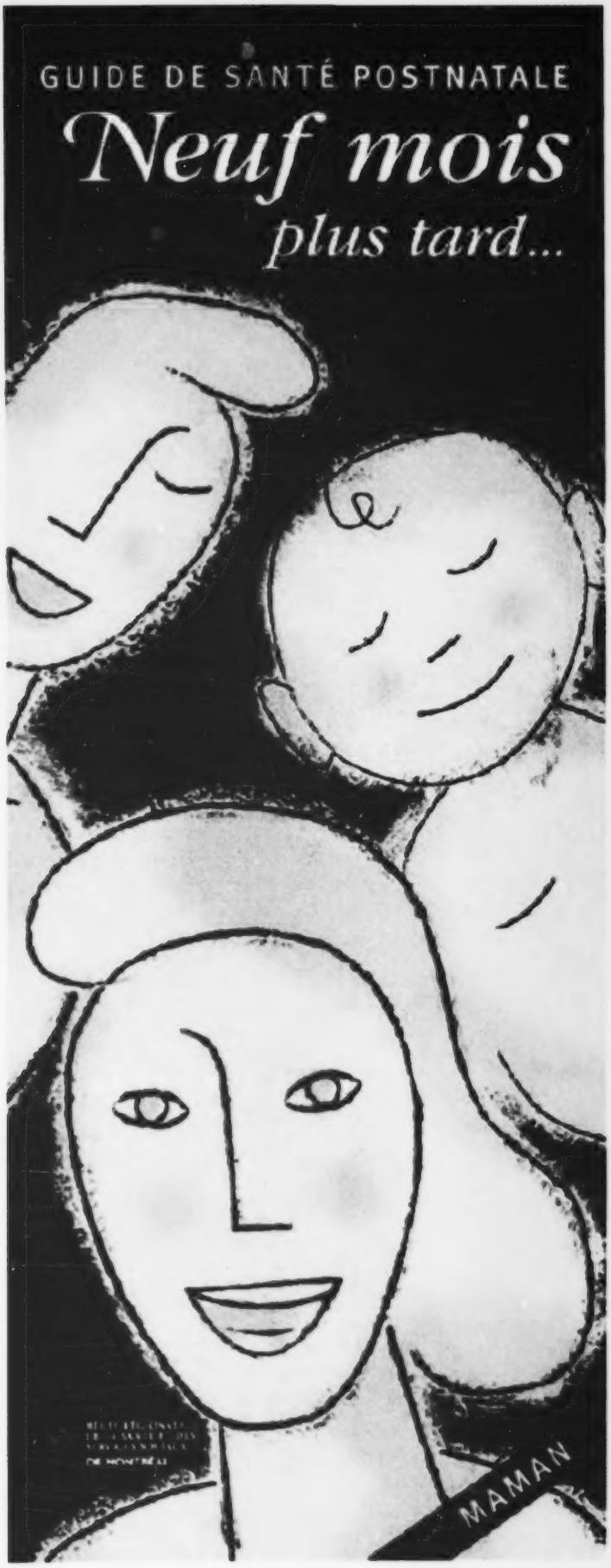
GUIDE DE SANTÉ POSTNATALE

Neuf mois plus tard...



GUIDE DE SANTÉ POSTNATALE

Neuf mois plus tard...

un enfant naît, la famille grandit

MAMAN

106-06078/

Table des matières

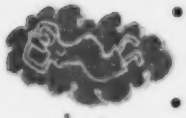
INTRODUCTION 5

PLAN D'ENSEIGNEMENT STANDARDISÉ 7

maman

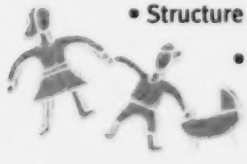
Dimension biologique 11

- Alimentation de la mère 13
- Sommeil et repos 18
- Involution utérine 21
- Lochies 23
- Soins du périnée 25
- Prévention des infections urinaires 27
- Constipation 29
- Soins des hémorroïdes 31
- Soins de la plaie de césarienne 33
- Exercices 35
- Sexualité 44



Dimension psychosociale 49

- Adaptation au rôle parental 51
- Adaptation de la fratrie à la venue du nouveau-né 53
- Compétence parentale 55
- *Blues*, dépression et psychose 57
- Structure de la famille 63
- Fonctionnement de la famille 65
- Considérations culturelles 67
- Prévention et dépistage de la violence conjugale 70



BIBLIOGRAPHIE 74

Section *bébé* au verso

Nous tenons à remercier très chaleureusement ces personnes qui, grâce à leur implication, leur engagement et leur professionnalisme, ont contribué à la qualité de cet ouvrage.

Luisa Ciofani
Infirmière clinicienne spécialisée, M. Sc. (A), IBCLC, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Josée D'Allaire
Infirmière, B. Sc. inf., Info-santé, CLSC de Rosemont

Monique Gonthier
Pédiatre, Hôpital Sainte-Justine

Marie-José Legault
Médecin-conseil, Direction de la santé publique

Francine Léger
Omnipraticienne, Clinique médicale du Quartier latin

Carole Pageau
Infirmière, CLSC Montréal-Nord

Élaine Perreault
Inf., M. Sc., conseillère en soins spécialisés, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Bernadette Thibodeau
Infirmière, B. Sc. inf., CLSC Côte-des-Neiges

Rédaction
LISE ROSS, M. Sc. inf., IBCLC

Coordination et encadrement clinique
LIETTE BERNIER, inf., MAP

Secrétariat
SUZANNE PLANTE
NATHALIE CHAMPAGNE

Révision
LIETTE BERNIER
LUCIE LABARRE

Correction
ŒIL DE LYNX

Graphisme
MARIE CHICOINE, MARIGRAF
Infographie
KARINE FONTAINE

Illustrations
ALAIN RENO

Modèle / photo
MAUDE FOURNIER

Gestion de projet
CLAIRE BLAIS, conseillère, Services multiclientèles de première ligne

DÉPÔT LÉGAL BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC 2003 / BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA 2003
ISBN 2-89510-133-7
OCTOBRE 2003

Introduction

À l'automne 2000 [1], le conseil d'administration de la RRSSS (Régie régionale de la santé et des services sociaux) de Montréal adoptait le cadre de référence *Rôles et modalités d' articulation en périnatalité. Centres hospitaliers accoucheurs / CLSC / médecins traitants. Période postnatale*. Le présent document s'inscrit donc dans la continuité et l'implantation de ce cadre de référence.

De plus, le virage ambulatoire en périnatalité et la mise en place de réseaux intégrés de services sont des priorités retenues dans la planification stratégique 2003-2006.

Ce nouveau cadre de référence postnatal représente certes un virage, mais surtout un défi pour tous les intervenants en périnatalité. Tout en définissant les services de base à offrir en période postnatale, il propose une organisation de soins et de services intégrés et continus pour la période postnatale, et précise des mécanismes de collaboration et de communication rapide entre les différents partenaires [2], dans une région socio-sanitaire qui se démarque par son pluralisme et sa complexité.

Les réseaux intégrés de soins et de services sont définis comme « des réseaux d'organisations qui procurent ou qui s'assurent d'offrir une continuité des services bien coordonnés, à une population donnée dont ils ont la responsabilité quant aux résultats et à l'état de santé [3] ». Leur mise en place sous-tend la nécessité d'offrir des services uniformes, continus, accessibles, de qualité, et satisfaisant les besoins de la clientèle concernée, bref, des services efficients. Pour ce faire, les professionnels sont appelés à recourir à une approche globale, orientée vers la communauté.

L'actualisation des réseaux intégrés de soins et de services, bien qu'elle ait été largement abordée sous l'angle des structures institutionnelles, est d'abord et avant tout une question de coopération professionnelle et inter-professionnelle. Elle implique les cliniciens de toutes disciplines, de même que les gestionnaires et administrateurs. Dans le cas de la périnatalité, derrière les structures (9 centres hospitaliers accoucheurs, 29 CLSC, plusieurs cliniques ou cabinets de médecins et maisons de naissance), des centaines d'infirmières, de médecins, de gestionnaires et d'autres professionnels sont engagés quotidiennement dans la livraison de services.

Il n'existe pas de recette magique pour réussir le défi de l'intégration, mais quelques ingrédients pour le faciliter. Notamment le désir de travailler ensemble dans l'atteinte d'une finalité (besoins de l'usager), la confiance et la reconnaissance (basées sur une assurance de compétence) et la fluidité des rapports (basés sur des règles et des communications claires et transparentes).

Le guide que nous vous proposons tente de répondre à ces critères avec :

- **des informations qui répondent aux besoins actuels des usagers (mères, pères, nouveau-nés) ;**

1. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.
2. *Ibid.*, p. 8.
3. Shortell, S.M., R.R. Gillies et D.A. Anderson, 1984.

- **un contenu basé sur des données factuelles récentes ;**
- **un cadre de présentation et des outils favorisant un certain niveau d'uniformisation dans le contenu et les processus cliniques, et privilégiant la souplesse nécessaire à une intervention adaptée aux besoins des usagers.**

Étant donné que les infirmières sont les professionnelles les plus touchées (en nombre) par la mise en place de ce réseau intégré, nous avons adapté le langage et le contenu de ce guide à la pratique infirmière et aux valeurs qui s'y rattachent. Ainsi, les infirmières reconnaîtront, au travers des fonctions qui animent leur profession — les fonctions relatives aux soins, à l'éducation, à la collaboration, la coordination et la supervision[4] —, la vision unitaire de la personne et de son environnement, de même que l'espace accordé à la santé et à la personnalisation du soin dans ce contexte. Nous croyons aussi que les autres professionnels adhéreront au contenu et à sa présentation, car il respecte une approche globale accordant la priorité à l'usager dans son milieu de vie.

Le guide se divise en deux sections : les soins destinés à la mère et la famille, et une section consacrée aux soins du nouveau-né. Pour chacune, les dimensions biologiques et psychosociales sont abordées sous forme de thèmes, lesquels fournissent des informations cliniques et des informations s'adressant à la mère ou aux deux parents.

L'information clinique est destinée à l'infirmière. Fondée sur des données probantes et des prises de positions de différentes organisations, elle a pour but de justifier des prises de position face aux soins, de sensibiliser, rafraîchir, corroborer les connaissances de l'infirmière, et suggérer des outils d'intervention. Cette information peut aussi être transmise aux parents dans l'éventualité où ils voudraient en savoir plus sur certains sujets. Ainsi on retrouve, dans cette section, des définitions, statistiques, caractéristiques et recommandations, qui viennent préciser l'information transmise à la mère ou aux parents.

Les pages d'informations réservées à la mère ou aux parents s'adressent en réalité à toute la famille (famille immédiate, élargie et personnes significatives). Elles ont été conçues à partir de prises de position de la Société canadienne de pédiatrie, d'un arrimage le plus fidèle possible sur les contenus du *Mieux vivre avec son enfant*, et des protocoles Info-santé. Il est attendu que la famille reçoive ces informations au cours de la première semaine après la naissance. Conséquemment, l'intervenante du milieu hospitalier ou du CLSC juge du moment opportun et des stratégies adéquates pour transmettre ces informations. ◂

4. Goulet, O. et C. Dallaire, 2002

RÉFÉRENCES

Goulet, O. et C. Dallaire. 2002. *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2001. *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité. CH/CLSC/médecins traitants. Période postnatale*. Montréal : RRSSS Montréal

Shortell S.M., R.R. Gillies et D.A. Anderson. 1994. « The new world of managed care : Creating organized delivery systems ». *Health Affairs*, volume 13, numéro 5, p. 46-64.

Plan et standards d'enseignement postnatal

L'enseignement à donner aux parents, autant à la période prénatale qu'en centre hospitalier accoucheur, est un élément fondamental d'un programme de congé précoce. Le plan et les standards d'enseignement en centre hospitalier accoucheur, lors de la période postnatale immédiate, sont dosés afin de tenir compte de la capacité d'apprentissage et de rétention des mères et des pères lors de cette période particulièrement intense. Il s'avère donc nécessaire de déterminer les thèmes qui doivent être absolument abordés en centre hospitalier accoucheur, et de reporter certains éléments à la période du suivi postnatal à domicile.

L'enseignement donné en centre hospitalier accoucheur vise principalement à :

- **assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né.**
- **augmenter le sentiment de compétence, les connaissances et les habiletés des parents pour prendre soin de leur bébé et d'eux-mêmes.**

Quatre conditions facilitent la réussite de l'enseignement aux parents en centre hospitalier accoucheur :

1. **La cohabitation parent-enfant**
2. **La mise en place d'une structure de soins intégrés parents-enfant donnés par une équipe qui s'occupe à la fois de la mère et du bébé.**
3. **La participation des parents au plan d'enseignement du centre hospitalier accoucheur.**
4. **La prise de contact à domicile par le CLSC dans les 24 h à 48 h après le retour à la maison de la mère et du nouveau-né.**

Le contenu du plan d'enseignement se répartit sur deux aspects particuliers :

- **Les signaux d'alerte**
- **Les thèmes reliés aux soins de la mère et du nouveau-né :**
  - **l'allaitement maternel**
  - **les soins du bébé**
  - **les soins post-partum**

Des éléments d'information sur les ressources pour la famille, ainsi que des thèmes complémentaires, sont ajoutés au plan d'enseignement, et des standards d'enseignement essentiels et enrichis sont définis.

ALLAITEMENT MATERNEL

MÉCANISME DE L'ALLAITEMENT
- ▷ Formation et éjection du lait
- ▷ Conditions d'une bonne production lactée

MONTÉE LAITEUSE
- ▷ Apparition vers le 3e jour
- ▷ Soulagement de l'engorgement

POSITIONS MÈRE-BÉBÉ (minimum 2 positions)

MÉCANISME DE LA SUCCION
- ▷ Mouvements rythmiques du mandibule, absence de bruit en provenance de la bouche.
- ▷ Absence de dépression ou de gonflement des joues
- ▷ Déglutition audible
- ▷ Absence de douleur chez la mère

TÉTÉE
- ▷ Stimulation du réflexe cardinal (centre des lèvres)
- ▷ Grande ouverture de la bouche
- ▷ Prise symétrique du mamelon et d'une bonne partie de l'aréole; langue sous le mamelon.

SIGNES DE SATIÉTÉ
- ▷ Plus de 2 selles / jour
- ▷ Une miction / jour de vie ad 6 jrs; après 6 jrs, minimum 6 à 8 mictions / jour
- ▷ Repos, calme

BRIS DE LA SUCCION
- ▷ Insertion d'un doigt à la commissure des lèvres

SOINS DU BÉBÉ

HYGIÈNE CORPORELLE
- ▷ Soins du cordon; bain
- ▷ Soins des fesses et des organes génitaux

DÉMONSTRATION ET PRATIQUE DE LA PRISE DE TEMPÉRATURE

ADMINISTRATION DU BIBERON
- ▷ Types de préparation lactée (en poudre concentrée ou prête à servir)
- ▷ Préparation sécuritaire de la formule
- ▷ Conservation des biberons
- ▷ Fréquence et durée du boire
- ▷ Position du bébé
- ▷ Rot et régurgitation

ÉLIMINATION DES SELLES ET URINES
- ▷ Caractéristiques des selles et urines du nouveau-né (couleur, consistance, quantité).

COMPORTEMENT DU BÉBÉ
- ▷ Sommeil
- ▷ Somnolence (associée avec ictère)
- ▷ Pleurs

ICTÈRE

PRÉVENTION DE MORT SUBITE (ENSEIGNEMENT SUR LES QUATRE ÉLÉMENTS)
- ▷ Température ambiante / emmaillotement, position de sommeil, tabagisme, allaitement maternel.
- ▷ Utilisation sécuritaire du siège d'auto

SOINS POSTPARTUM

HYGIÈNE DE VIE
- ▷ Sommeil
- ▷ Alimentation
- ▷ Soutien

CÉSARIENNE
- ▷ Hygiène et soins de la plaie
- ▷ Reprise des activités

SOINS DU PÉRINÉE
- ▷ Hygiène et bain de siège au besoin
- ▷ Lochies
- ▷ Hémorroïdes

SOINS DES SEINS
- ▷ Hygiène du mamelon et port du soutien-gorge
- ▷ Montée laiteuse, engorgement et gerçures

THÈMES COMPLÉMENTAIRES

EXPRESSION MANUELLE DU LAIT
MASSAGE DES SEINS
CONTRACEPTION
SEXUALITÉ
CONTRACTIONS MUSCULAIRES DU PLANCHER PELVIEN

INFORMATION AUX PARENTS

SUIVI DE SANTÉ DU BÉBÉ
- ▷ Pédiatre/médecin de famille
- ▷ Dépistage des maladies congénitales et héréditaires
- ▷ Carnet de santé / vaccins

SUIVI DE SANTÉ DE LA MÈRE
- ▷ Rendez-vous avec le médecin traitant

CONTINUITÉ DES SERVICES AVEC LE CLSC
- ▷ Nom et téléphone du CLSC concerné

▷ Appels / visites CLSC
▷ Info-Santé

OBLIGATIONS

▷ Déclaration de naissance/carte assurance-maladie
▷ Allocation familiale

RÉFÉRENCES UTILES

▷ Petit guide *Mieux vivre avec son enfant* remis à l'hôpital
▷ Le petit *Nourri-Source* ou autres
- Organismes communautaires
- Urgence 911

ALERTE

BÉBÉ

▶ Fièvre : T° rectale 38 °C / 100,4 °F

▶ Sang dans les selles, selles noires verdâtres après 4 jours de vie, selles liquides, ou plus de 12 selles en 24 h.

▶ Urine foncée, moins de 3 mictions par 24 h

▶ Vomissement

▶ Moins de 6 boires (biberon) ou de 8 boires (sein) par 24 h, refus de plus de 2 boires consécutifs.

▶ Toute difficulté respiratoire

▶ Tout changement soudain ou significatif dans le comportement ou l'apparence du bébé.

ALERTE

MÈRE

▶ Fièvre : T° 38 °C / 101,3 °F

▶ Douleur abdominale importante et persistante

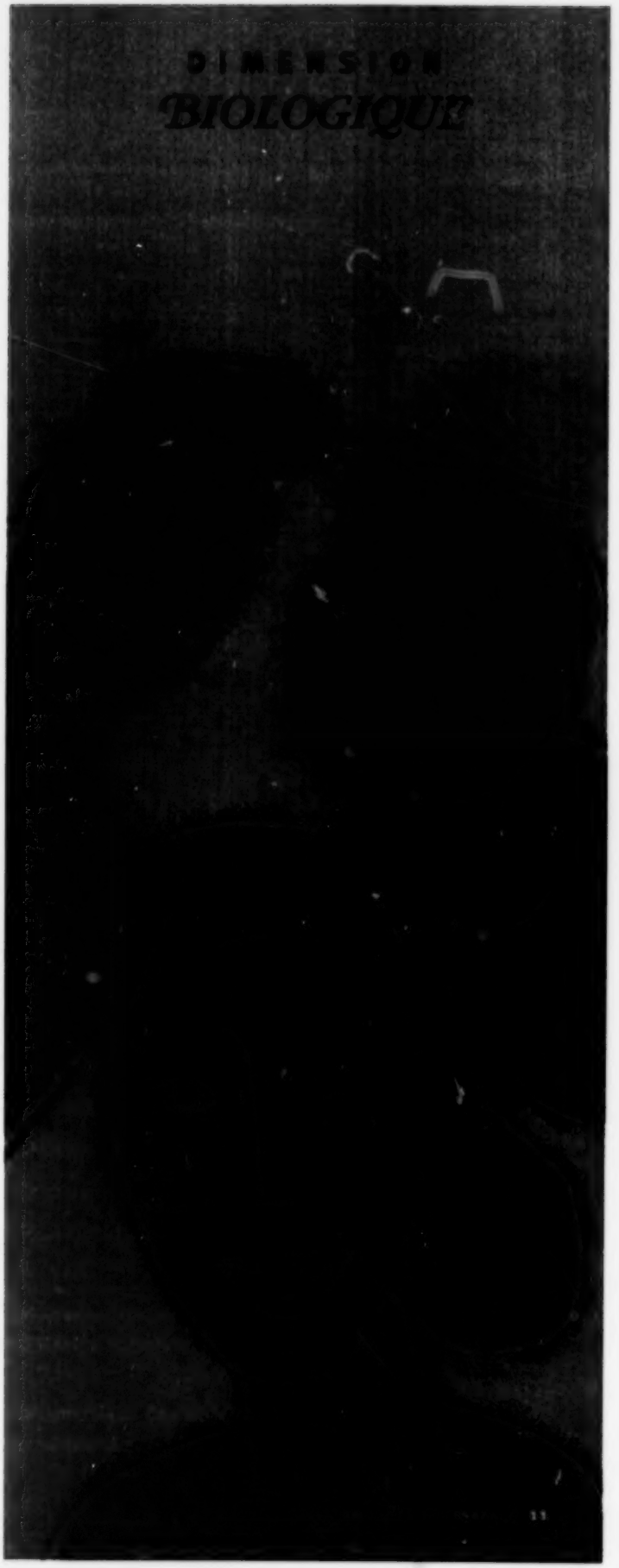
▶ Pertes vaginales malodorantes

▶ Saignement vaginal abondant

▶ Pollakiurie

▶ Douleur, rougeur, chaleur et tuméfaction (seins, épisiotomie, incision césarienne, membres inférieurs).

▶ *Baby blues* persistant : dépression, anxiété, difficulté à affronter la vie quotidienne. ◂



Alimentation de la mère

La cliente connaît les principes d'une alimentation qui favorise le bien-être, la récupération et la guérison des tissus.

INFORMATION À LA MÈRE

Les régimes amaigrissants sont contre-indiqués en période post-partum. Une diète équilibrée et variée, selon les principes du Guide alimentaire canadien, favorise le bien-être, la récupération, la guérison des tissus et prévient des problèmes liés à l'anémie.

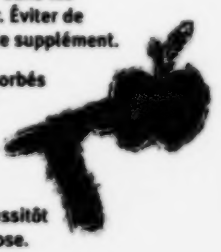
La plupart des femmes, qu'elles allaitent ou pas, perdent du poids d'une façon accélérée durant le premier mois post-partum (entre 5,5 kg et 7 kg). Par la suite, une perte de poids raisonnable serait de 0,5 kg à 1 kg par semaine pour les mères qui n'allaitent pas, et de 1 kg à 2 kg par mois pour les mères qui allaitent (Lagacé, 1999; Doré et Le Hénaff, 2003).

Après la naissance, la mère n'a plus besoin de supplément de fer. Elle peut favoriser la restauration de ses réserves de fer tout simplement en consommant des aliments riches en fer. (*voir tableau p. 16*)

Dans certaines circonstances, le médecin prescrira des suppléments de fer en période post-partum, par exemple lorsque la mère présente une hémoglobine inférieure à 100 g/l, ou bien des symptômes reliés à l'anémie (faiblesse, étourdissements, fatigue, pâleur de la peau et des muqueuses, dyspnée et tachycardie à l'effort, céphalée, difficulté à se concentrer...).

SUPPLÉMENTS DE FER

- Les aliments tels le café, le thé, le lait, le son, le jaune d'œuf et les oxalates présents dans les épinards, diminuent l'absorption du fer. Éviter de les consommer au même moment que le supplément.
- Les suppléments de fer sont mieux absorbés lorsque l'estomac est vide. Donc il est avantageux de les prendre entre les repas (1 h avant), avec des breuvages autres que le lait, café ou thé.
- S'il y a oubli, prendre le supplément aussitôt que possible, mais ne pas doubler la dose.
- La consommation de suppléments de fer peut entraîner des selles noires et vertes.
- La constipation est souvent liée à la consommation de fer. Une diète riche en fibre et une consommation de liquide sont recommandées.



- La consommation de végétaux riches en vitamine C favorise l'absorption du fer. En acidifiant l'environnement gastrique et en permettant au fer de rester soluble, la vitamine C rend le fer 2 à 3 fois plus disponible pour l'absorption.

La cliente connaît les particularités reliées à l'alimentation de la mère qui allaite.

- La première règle d'or chez la mère qui allaite est de s'alimenter selon les principes du Guide alimentaire canadien et de ne rien modifier à son alimentation les 30 premiers jours après la naissance, afin de permettre à la production de lait de bien s'établir (Lagacé, 1999).

- Les besoins énergétiques chez la mère qui allaite sont encore plus grands que pendant la grossesse. La mère qui allaite devrait augmenter sa consommation d'environ 500 kcal comparativement à une femme non enceinte.

- Éviter de passer plus de 3 h sans manger, afin de conserver l'énergie et la résistance. Prendre au moins 3 repas et 3 collations nutritives par jour (Lagacé, 1999).

- Prioriser les aliments riches en protéines et en fibres afin de prévenir les baisses d'énergie (Lagacé, 1999). (*voir tableau p. 16*)

- Une consommation de 3 à 4 portions de produits laitiers par jour favorise l'absorption de calcium dont la mère a besoin.

- Si la mère ne consomme pas de produits laitiers, il est important qu'elle prenne des suppléments de calcium, soit 1000 mg par jour (Lagacé, 1999). Consulter une nutritionniste au besoin.

- L'augmentation de la quantité de liquide bu par la mère n'a pas d'effet sur la production lactée, tout comme sa consommation de lait. Cependant, il est important de boire suffisamment pour étancher la soif (Info-santé).

- Les signes d'un manque d'hydratation sont, entre autres, des urines concentrées et de la constipation chez la mère.

- La mère qui opte pour un végétarisme strict (aucun aliment d'origine animale) doit s'assurer de consommer quotidiennement suffisamment de vitamines B12 (1,5 mcg par jour), de calcium (1000 mg par jour) et de vitamine D (5 mcg ou 200 U.I. par jour). Les laits de soya (1 l par jour) enrichis de calcium, de vitamine D et de vitamine B12, ainsi que les suppléments alimentaires, peuvent être des options. Une consultation avec une nutritionniste est recommandée (Lagacé,1999). (*voir tableau p. 16*)

ALIMENTATION DE LA MÈRE

- Les mères peuvent boire du café lorsqu'elles allaitent. En général, la quantité de caféine contenue dans 750 ml (5 tasses) ou moins de café ne cause pas de problèmes tant pour la mère que pour le bébé (Ligue La Lèche, 1999).

- Identifier toutes les sources de caféine. Une quantité excessive de caféine peut nuire au réflexe d'éjection chez certaines femmes et rendre le bébé irritable et le garder éveillé. (*voir tableau p. 16*)

- Les mères peuvent, de façon occasionnelle, consommer de l'alcool lorsqu'elles allaitent. L'alcool passe librement dans le lait maternel et atteint un niveau maximal 30 min à 60 min après sa consommation, et 60 min à 90 min s'il est absorbé en mangeant. Il faut environ 2 h à 3 h à une femme de 55 kg pour éliminer l'alcool contenu dans un verre de vin ou une bière. Plus la quantité d'alcool est grande, plus le temps d'élimination est long, et plus les effets (somnolence, sommeil profond, faiblesse, retard de croissance) sur le bébé allaité sont importants (Ligue La Lèche, 1999).

- Les restrictions alimentaires varient souvent d'une culture à l'autre. En général, la mère peut manger avec modération tous les aliments qu'elle désire.

ALIMENTATION DE LA MÈRE

PRINCIPAUX NUTRIMENTS

NUTRIMENTS	EFFETS	CARACTÉRISTIQUES	SOURCES
FER	Contribue au transport de l'oxygène. Contribue à la formation des globules rouges.	Garder l'eau de cuisson.	Viandes rouges, foie Huîtres, palourdes Légumineuses Pains et céréales enrichis Noix Épinards
VITAMINE C	Facilite l'absorption du fer. Augmente la résistance à l'infection. Maintient la santé des dents et des gencives. Maintient les parois des vaisseaux sanguins en bon état.	La cuisson affecte sa teneur. Cuire rapidement avec peu d'eau.	Poivron vert ou rouge, tomate, jus de tomate, brocoli, cresson, navet, famille des choux (chou, chou de Bruxelles, chou-fleur, brocoli) Agrumes (orange, pamplemousse, citron), cantaloup, fraises, jus enrichis
PROTÉINES	Construisent et réparent les tissus de l'organisme. Forment les anticorps (qui permettent de lutter contre les infections). Fournissent de l'énergie.	Peu affectées par la cuisson	Viandes, volaille Poissons et crustacés Noix Céréales Légumineuses Œufs, lait, produits laitiers
FIBRES	Les fibres insolubles augmentent la vitesse du transit intestinal. Les fibres solubles améliorent le contrôle de la glycémie, et abaissent le taux de cholestérol sanguin.		Légumineuses Noix et graines Fruits et légumes frais, fruits séchés Son, pain de blé entier, céréales de son
CALCIUM	Contribue à la formation des os et des dents. Facilite la coagulation. Facilite la croissance.		Produits laitiers, lait Saumon avec arêtes, sardines Amandes, graines de sésame
VITAMINE B12	Contribue au développement des globules rouges et des tissus nerveux. Joue un rôle dans la réaction intracellulaire.	Non affectée par la cuisson	Bœuf, veau, agneau, abats (foie, cœur de bœuf, rognons) Saumon en conserve, maquereau, huîtres Œufs, produits laitiers
CAFÉINE	Une quantité excessive peut garder bébé éveillé et le rendre irritable; peut aussi nuire au réflexe d'éjection chez la mère qui allaite.	5 tasses ou 750 ml de café par jour bien toléré en général	Café, thé, chocolat, boissons gazeuses de type cola, boissons énergisantes commerciales Certains médicaments

(Lagacé, 1999; Santé Canada, 1999)

BOÎTE À OUTILS

Guide alimentaire canadien

RÉFÉRENCES

Désaulniers, L. et L. Lambert-Lagacé. 2001. *Le végétarisme à temps partiel. Le plaisir de mieux manger sans viande.* Montréal: Les éditions de l'Homme.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, p.130-132.

Dubuc-Brault, M. et L. Lahaie-Caron. 2003. *Valeur nutritive des aliments.* Saint-Lambert: Société Brault-Lahaie.

Ligue La Leche. 1999. *Traité de l'allaitement maternel.* Saint-Hubert: Ligue La Lèche.

Lambert-Lagacé, L. 1999. *Comment nourrir son enfant.* Montréal: Les éditions de l'Homme.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Neghlig, A. et G. Debry. 1994. «Consequences on newborn of chronic maternal consumption of coffee during gestation and lactation, a review». *Journal of American College*, Nutrition, volume 13, numéro 1, p. 6-21.

Protocoles Info-santé. *Boire et manger.*

Riodan, J., et K. Auerbach. 1998. *Breastfeeding and Human Lactation.* Toronto: Jones and Bartlett Publishers Canada.

Santé Canada. 2000. *Nutrition pour une grossesse en santé. Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer.* Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada. ◄

Sommeil et repos

La cliente a l'opportunité de discuter avec l'infirmière de l'impact que peut avoir la venue d'un nouveau-né sur ses propres habitudes de sommeil.

En collaboration avec l'infirmière, elle identifie des stratégies pour favoriser le sommeil et le repos.

DÉFINITION

FATIGUE
Sensation désagréable de difficultés à effectuer des efforts physiques ou intellectuels.

CARACTÉRISTIQUES

CAUSES

- Particularités reliées à l'accouchement: longueur et complications.
- Douleur (périnée, seins, tranchées, plaie de césarienne...)
- Adaptation: les demandes reliées à la venue d'un nouveau-né entraînent des interruptions fréquentes du cycle du sommeil.
- Parité: les primipares ressentiraient plus de fatigue dans l'acquisition de leur rôle maternel, à cause du stress relié à l'adaptation et à l'apprentissage continu (Walter, 1996; Lee, 1999).
- Perceptions: les mères qui perçoivent leur bébé comme difficile ressentiraient plus de fatigue (Thome, 1999).
- Soutien social: les mères qui reçoivent du soutien se sentent moins stressées et rapportent moins de fatigue, en dépit de l'interruption du sommeil durant la nuit.

CONSÉQUENCES DE LA FATIGUE

- Le bien-être de la mère est altéré, ce qui, en retour, a un impact sur le conjoint et les autres membres de la famille.
- La fatigue sévère peut conduire à la dépression post-partum, ce qui est susceptible d'avoir un impact sur l'adaptation au nouveau rôle parental et sur le sentiment de compétence (Beck, 2002).

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

- Informer les parents sur les particularités des soins du nouveau-né, pour les aider à avoir des attentes réalistes (comportements, habitudes de sommeil, individualité...).
- Sensibiliser les parents sur l'importance d'établir un ordre de priorités dans les tâches à effectuer, afin qu'une place prioritaire soit allouée au sommeil et au repos.

INFORMATION AUX PARENTS

FAVORISER LE REPOS ET LE SOMMEIL

- Il est normal de se sentir fatiguée suite à la naissance. Retrouver le niveau d'énergie habituel prendra quelques semaines.
- Ne pas chercher à abattre toutes les activités domestiques (ménage, lavage, cuisine...) après le retour à la maison. Se consacrer aux soins du nouveau-né les premières semaines. Par la suite, reprendre les activités progressivement.

- Récupérer les heures de sommeil sur une période de 24 h en prenant plusieurs siestes quotidiennes. «Prendre le sommeil quand il passe»!
- S'étendre ou s'asseoir confortablement durant les périodes d'allaitement.
- Demander de l'aide à un parent, ami ou gardienne durant le jour pour récupérer.
- S'il y a lieu, demander aux enfants de faire des tâches en fonction de leurs habiletés et leur développement.
- Demander en cadeau des repas préparés à l'avance.
- S'assurer d'alterner les moments de répit entre les deux parents.
- Donner le bain au bébé avant le dernier boire de fin de soirée peut favoriser une durée de sommeil plus longue en début de nuit.
- Limiter le nombre et la durée des visites. Le père peut être un défenseur du repos et du sommeil de la mère.

RÉFÉRENCES

Beck, C.T. 2002. «Revision of the postpartum depression predictors inventory». *Journal of Obstetric, Gynæcologic, and Neonatal Nursing*, volume 31, numéro 4, p. 394-402.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p.121-122.

Larkin, V. et M. Butler. 2000. «The implications of rest and sleep following childbirth». *British Journal of Midwifery*, volume 8, numéro 7, p. 438-442.

Lee, K.A. et M. Zaffke. 1999. «Longitudinal changes in fatigue and Energy during pregnancy and the postpartum period». *Journal of Obstetric, Gynæcologic, and Neonatal Nursing*, volume 28, numéro 2, p. 183-191.

Thome, M. 1999. «A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community». *Journal of Advance Nursing*, volume 29, numéro 1, p. 128-137.

Troy, N.W. et P. Dalgas-Pelish. 1995. «The development of a self-care guide for post-partum fatigue». *Applied Nursing Research*, numéro 8, p. 92-98.

Walter, M.A. et K.A. Lee. 1996. «Differences between primigravidæ and multigravidæ mothers in sleep disturbances, fatigue, and functional status». *Journal of Nurse-Midwife*, volume 41, numéro 5, p. 364-367. ◄

Involution utérine

La cliente reconnaît la normalité de l'involution utérine.

DÉFINITIONS

INVOLUTION UTÉRINE Retour de l'utérus à la position d'avant grossesse.

SUBINVOLUTION Difficulté de l'utérus à reprendre sa position d'avant la grossesse. La rétention placentaire et l'infection sont souvent les causes de la subinvolution.

CARACTÉRISTIQUES

- Après l'accouchement, la contraction de l'utérus provoque une compression des vaisseaux sanguins de l'endomètre qui favorise une homéostasie.
- Position de l'utérus:
  - Immédiatement après la naissance, environ 2 cm en dessous de l'ombilic.
  - 1er jour du post-partum: niveau de l'ombilic.
  - Jours subséquents: redescend dans le bassin de 1 cm par jour.
  - 7e jour: symphyse pubienne.
  - 9e jour: l'utérus redevient un organe pelvien, non palpable.
  - 6e semaine: à peu près le volume et la position d'avant la grossesse.
- Palpation de l'utérus:
  - L'utérus devrait être ferme et en position médiane.
  - Peut être sensible si massages fréquents.
- Positionnement anormal de l'utérus:
  - Utérus dévié à gauche ou à droite.
  - Progression du fond utérin au-dessus de l'ombilic.
  - Souvent relié à une vessie pleine.
  - Peut entraîner le relâchement du muscle utérin (atonie).
  - Augmente les risques d'hémorragie.
- Tranchées (contractions utérines):
  - Contractions utérines intermittentes qui provoquent des douleurs importantes.
  - Plus fréquentes chez les multipares, et les femmes dont l'utérus a subi une distension importante (grossesse gémellaire, hydramnios).

- Les mères qui allaitent sont plus susceptibles d'en ressentir, à cause de la libération d'ocytocine provoquée par la succion du bébé.
- Diminuent graduellement pour disparaître entre le 4e et le 7e jour.

INFORMATION À LA MÈRE

STRATÉGIES POUR SOULAGER LES TRANCHÉES

- Uriner souvent, en prenant soin de bien vider la vessie, assure un meilleur confort et permet d'éviter le relâchement de l'utérus et l'infection urinaire.
- Se coucher sur le ventre et placer un oreiller sous le bas du ventre. Cette position exerce une pression sur l'utérus qui demeure ainsi contracté.
- Se détendre, prendre des respirations lentes et profondes.
- Appliquer sur l'abdomen un sac de glace enveloppé dans une serviette.
- Prendre la médication analgésique prescrite au besoin. Éviter de prendre de l'acide acétylsalicylique (AAS) qui peut augmenter les saignements.

RÉFÉRENCE

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Lochies

La cliente connaît l'évolution normale des lochies.

DÉFINITION

LOCHIES Écoulements sanguins normaux après l'accouchement.

CARACTÉRISTIQUES

- Les lochies:
  - renseignent sur la progression de l'involution utérine.
  - sont composées de débris cellulaires de la couche superficielle de l'endomètre, de sang, de mucus cervical, d'exsudat séreux et de micro-organismes.
  - permettent de déterminer l'évolution de la cicatrisation de la zone d'insertion placentaire.
  - varient en quantité selon chaque femme et diminuent graduellement.

Leur disparition signifie habituellement que les possibilités de propagation d'une infection provenant du vagin sont restreintes.

PARAMÈTRES NORMAUX DE L'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU UTÉRIN

- Les lochies des 3 premiers jours:
  - présentent un écoulement rouge foncé, avec de petits caillots peu nombreux d'un diamètre de 2 cm chacun environ.
  - varient en quantité selon les activités, les positions, la fatigue et au cours de l'allaitement.
  - sont en moindre quantité lors d'un accouchement par césarienne.
- Les lochies du 3e au 10e jour:
  - montrent une apparence séro-sanguine (teinte rosée à brunâtre).
  - souillent 4 à 8 serviettes hygiéniques par jour après le 3e jour.
  - diminuent progressivement à partir du 5e ou 6e jour.
- Les lochies du 11e au 21e jour:
  - peuvent avoir une texture plus crémeuse et une teinte blanc jaunâtre.
  - cessent entre la 2e et la 6e semaine du post-partum.

INFORMATION À LA MÈRE

LOCHIES ET RETOUR DES MENSTRUATIONS

- Les pertes sanguines (ou lochies) devraient avoir la même odeur que le flot menstruel. Une odeur désagréable peut indiquer une infection.
- Les saignements devraient diminuer au fur et à mesure que les jours avancent, passant de rouges (jours 1 à 3), à roses (jours 4 à 14), à blancs (jours 15 à 28).
- Une infection de l'endomètre peut être suspectée lorsqu'il y a présence de douleur abdominale, de fièvre et de saignements persistants.
- La douche est permise dès qu'il est possible de marcher.
- Le bain (dans une baignoire propre) est permis dès le 2e jour du post-partum ou selon les recommandations du médecin.
- La baignade dans une piscine ou un lac est permise lorsque les saignements sont terminés.
- S'abstenir d'utiliser des tampons durant la période des lochies afin d'éviter le syndrome toxique.

RETOUR DES PREMIÈRES MENSTRUATIONS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- Les premières menstruations peuvent être plus abondantes que d'habitude. Elles retrouveront leur débit normal après quelques cycles.
- Les menstruations apparaissent le plus souvent vers la 6e semaine suivant l'accouchement, ou même plus tard tant pour les mères qui allaitent moins de 1 mois que pour celles qui n'allaitent pas.
- Pour les mères qui allaitent à long terme, le retour des menstruations varie d'une femme à l'autre. Elles peuvent ne réapparaître qu'après le sevrage.

ALERTE

- ▶ **Lochies malodorantes**
- ▶ **Douleur abdominale et persistante**
- ▶ **Saignement vaginal abondant (2 serviettes à l'heure)**
- ▶ **Plusieurs caillots de sang plus gros qu'un œuf**
- ▶ **Fièvre**

RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 122-123.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Soins du périnée

La cliente connaît les soins à donner au périnée pour favoriser la guérison des tissus.

DÉFINITIONS

LACÉRATION AU 1er DEGRÉ Déchirure qui commence à la fourchette et qui atteint la peau du périnée et la muqueuse vaginale.

LACÉRATION AU 2e DEGRÉ Déchirure qui touche la peau du périnée, la muqueuse vaginale ainsi que les muscles et le fascia du périnée.

LACÉRATION AU 3e DEGRÉ Déchirure qui, en plus d'atteindre la peau du périnée, la muqueuse vaginale ainsi que le muscle et le fascia du périnée, se prolonge jusqu'au sphincter anal.

LACÉRATION AU 4e DEGRÉ Déchirure qui touche la muqueuse rectale et expose la lumière (ou orifice) du rectum.

L'ÉPISIOTOMIE (médiane ou médiolatérale) Incision effectuée dans le muscle du périnée pour agrandir l'ouverture du vagin.

CARACTÉRISTIQUES

- La région périnéale peut demeurer engourdie pendant des jours, voire des semaines après l'accouchement.
- L'épisiotomie nécessite la même surveillance et les mêmes soins que les lacérations au périnée.
- L'épisiotomie guérit de la même façon qu'une incision chirurgicale.
- La guérison se fait à l'intérieur d'une période de 2 à 3 semaines.

INFORMATION À LA MÈRE

SOINS DU PÉRINÉE

- La région du périnée peut être douloureuse après l'accouchement. Épisiotomie, déchirure ou hémorroïdes peuvent être en cause.
- Se laver les mains avant et après les soins du périnée.
- L'application de glace sur le périnée pendant 20 min toutes les 2 h ou 3 h diminue l'œdème, l'inconfort et produit un effet anesthésiant, surtout les premiers 24 h.
- Lorsque l'œdème est résorbé, l'application de chaleur active la circulation et favorise la guérison.
- Un bain de siège froid ou chaud peut être utilisé au goût, 3 fois par jour ou au besoin durant 20 min.

- En position couchée sur le dos, élever le bassin plus haut que le cœur réduit la douleur et l'œdème. (*voir illustration page 37*)

- Des contractions musculaires du plancher pelvien, comme pour retenir l'urine ou les gaz, peuvent réduire l'œdème et la douleur en plus d'accélérer la guérison du périnée. Ces contractions sont faites soit assise, soit couchée. Il n'y a pas à craindre pour le bris des points de suture puisque ce type d'exercice les rapproche davantage.

- Mesure de confort pour s'asseoir: placer un oreiller sur le fauteuil. Se serrer les fesses et expirer tout en s'assoyant. Une fois assise, relâcher complètement la région du périnée.

- Éviter la position debout de façon prolongée durant les premières semaines, car elle provoque:
  - un étirement des points de suture.
  - une poussée de la vessie et de l'utérus vers le bas car le plancher pelvien est relâché.

- Serrer les muscles du plancher pelvien (verrouillage périnéal) avant de faire un effort (tousser, rire, éternuer, prendre le bébé), diminue la douleur ressentie au niveau du périnée.

- Après chaque élimination, s'essuyer de l'avant vers l'arrière par petits tapotements.

- Laver le périnée avec de l'eau tiède et du savon non parfumé, ou avec un jet d'eau, et bien assécher.

- Changer de serviette sanitaire à chaque élimination vésicale et intestinale, ou au maximum à chaque 4 h.

- Éviter de toucher l'intérieur de la serviette.

- Éviter les coussins en forme de beigne, car ils diminuent l'apport sanguin au périnée.

- Appliquer les crèmes ou onguents à action locale recommandés après le bain de siège, durant les soins périnéaux.

ALERTE

SIGNES D'INFECTION

- ▶ Rougeur
- ▶ Chaleur
- ▶ Écoulement purulent
- ▶ Séparation des parois de la plaie
- ▶ Douleur localisée

RÉFÉRENCES

Bazinet, D. 2002. *Quelques exercices et conseils généraux en période postnatale.* Saint-Eustache: Centre hospitalier Saint-Eustache.

Dumoulin, C. 2000. *En forme après bébé. Exercices et conseils.* Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Prévention des infections urinaires

La mère évalue avec l'infirmière les moyens à utiliser pour prévenir les infections urinaires.

STATISTIQUE

- L'infection urinaire se développe chez 2 % à 4 % des femmes en période post-partum (Lowdermilk, 2000).

CARACTÉRISTIQUES

Les agents pathogènes impliqués lors d'infections urinaires sont d'origine intestinale et périnéale. L'Escherichia Coli est l'agent le plus commun et l'infection est souvent asymptomatique.

- Facteurs de risques reliés à l'infection urinaire:
  - Usage de cathétérisme vésical
  - Examens pelviens fréquents
  - Anesthésie épidurale
  - Trauma au tractus génital
  - Histoire d'infection urinaire

- Symptômes de l'infection urinaire:
  - Dysurie
  - Pollakiurie
  - Urgence mictionnelle
  - Faible fièvre
  - Rétention urinaire
  - Hématurie
  - Pyurie
  - Douleur à l'angle costovertébral
  - Douleur suspubienne
  - Urine trouble et nauséabonde

INFORMATION À LA MÈRE

PRÉVENIR LES INFECTIONS URINAIRES

- Se laver les mains avant et après avoir uriné.
- Retirer la serviette sanitaire de l'avant vers l'arrière.
- Changer de serviette sanitaire à chaque élimination vésicale et intestinale, ou au maximum à chaque 4 h.
- Porter des sous-vêtements de coton blanc et laver au savon doux, sans javellisant ni assouplisseur.
- Le port de vêtements serrés augmente la température et l'humidité de la région périnéale et favorise la propagation des bactéries.
- L'utilisation des mousses de bain, désodorisants, douches vaginales et savons parfumés peuvent irriter l'urètre.
- S'hydrater en buvant 6 à 8 verres d'eau par jour.
- Faire une miction avant et après chaque relation sexuelle.
- L'acidité du jus de canneberge abaisserait le pH de l'urine et rendrait le milieu moins favorable à la propagation de bactéries.
- Certains aliments (yogourt et lait à base d'Acidophilus) préviendraient les infections urinaires et vaginales.
- Certaines boissons (alcool, caféine, thé) peuvent irriter la vessie.

RÉFÉRENCE

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Constipation

La cliente a l'opportunité de parler avec l'infirmière des moyens à prendre pour traiter la constipation.

DÉFINITION

La constipation est le passage de selles dures et difficiles à évacuer ou une défécation inférieure à 3 fois par semaine. Elle peut être accompagnée de douleurs abdominales, ballonnements et nausées.

CARACTÉRISTIQUES

CAUSES

- Muscles abdominaux utilisés pour la défécation plus lâches et moins efficaces.
- Repositionnement des intestins suite à l'accouchement.
- Médication (ex.: narcotiques)
- Immobilité prolongée
- Jeûne durant la période de travail
- Peur de la douleur au passage de la première selle suite à une déchirure, une épisiotomie ou une césarienne.

INFORMATION À LA MÈRE

- Boire 1,5 l à 2 l de liquide par jour.
- Augmenter la consommation de fibres. *(voir alimentation)*
- Pratiquer une activité physique légère, comme la marche par exemple.
- Pratiquer des massages de l'abdomen pour stimuler le transit intestinal: faire des mouvements circulaires sur l'abdomen en exerçant une légère pression. Le mouvement part du côté droit vers le haut (colon ascendant), se poursuit vers la gauche (colon transverse) pour ensuite se diriger vers le bas (colon descendant). *(voir illustration page suivante)*

- Utiliser cette position pour faciliter l'évacuation des selles:
  - S'asseoir les pieds écartés.
  - Si possible, placer les pieds 15 cm plus haut que le sol (sur un bottin téléphonique).
  - Se pencher vers l'avant le dos droit.
  - Expirer doucement en soufflant dans le poing fermé devant la bouche et en rentrant le ventre.
  - Éviter de bloquer la respiration, pour ne pas exercer une trop grande pression sur le périnée.
  - Ne pas insister s'il n'y a aucune évacuation. Attendre d'en ressentir de nouveau le besoin.
  - Supporter le périnée avec une serviette sanitaire s'il y a crainte d'avoir mal lors de la défécation.

RÉFÉRENCES

Bazinet, D. 2002. *Quelques exercices et conseils généraux en période postnatale.* Saint-Eustache: Centre hospitalier Saint-Eustache.

Dumoulin, C. 2000. *En forme après bébé. Exercices et conseils.* Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care,* 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Soins des hémorroïdes

La cliente connaît les soins reliés aux hémorroïdes.

DÉFINITION

HÉMORROÏDES Dilatation des veines anorectales.

CARACTÉRISTIQUES

HÉMORROÏDES INTERNES

- Moins douloureuses, situées sur les parois du rectum, elles se manifestent par des saignements dans les selles.

HÉMORROÏDES EXTERNES

- Se présentent habituellement 2 ou 3 à la fois.
- Peuvent avoir la taille d'un poids jusqu'à la taille d'un œuf.
- Diminuent de grosseur au cours des 6 premières semaines après la naissance.

CAUSES

- Effort lors de la poussée à l'accouchement et à la défécation
- Diminution du tonus des muscles du plancher pelvien
- Constipation
- Changements hormonaux

INFORMATION À LA MÈRE

- Les hémorroïdes causées par la pression lors de l'expulsion du bébé se résorbent souvent d'elles-mêmes en moins de 2 semaines.
- Les hémorroïdes sont aggravées par la constipation, donc tous les traitements pour la constipation sont utiles. (*voir constipation*)
- Les efforts excessifs lors de l'élimination intestinale sont à éviter.
- La station debout prolongée est à éviter.
- Les exercices des muscles du plancher pelvien favorisent la circulation. (*voir exercices*)

MÉTHODES DE SOULAGEMENT

- Glisser les hémorroïdes vers l'intérieur après avoir appliqué de la crème sur le doigt, et les pousser doucement de l'autre côté de l'anus.
- Un bain de siège peut être pris au besoin (3 fois par jour et plus) durant 10 min à 20 min. Certaines femmes préfèrent l'eau chaude (38°C à 40°C); d'autres, l'eau froide. La chaleur stimule l'irrigation des tissus, tandis que le froid a un effet anesthésiant et diminue l'œdème les premières heures après la naissance.
- Appliquer un sac de glace recouvert d'une débarbouillette sur les hémorroïdes.
- Appliquer une crème ou onguent topiques à effet anti-inflammatoire et anesthésiant.

RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, p.133.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care,* 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Soins de la plaie de césarienne

La cliente connaît les soins à donner à la plaie de césarienne.

CARACTÉRISTIQUES

PANSEMENT

- Le risque d'hémorragie ou d'hématome est plus grand les premières 24 h.
- S'il y a saignement sur le pansement, encercler le saignement et noter au crayon (sur le pansement) la date et l'heure, afin d'évaluer la progression.
- Le pansement appliqué à la salle d'opération est généralement laissé en place pour 72 h.

PLAIE

- La plaie est laissée à l'air libre. S'il y a écoulement, une compresse 4 po x 8 po peut être appliquée sur la plaie pour absorber cet écoulement et en évaluer la nature.
- Les bords de la plaie devraient être rapprochés.

HYGIÈNE DE LA PLAIE

- Une douche peut être prise après le retrait du pansement.
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon doux non parfumé.

RETRAIT DES AGRAFES

- En général la 4e journée

PROCESSUS DE GUÉRISON

- La plaie peut présenter des démangeaisons.
- La perte ou augmentation de la sensibilité de la cicatrice sont normales et peuvent durer quelques mois.

INFORMATION À LA MÈRE

- Soins de la plaie :
  - Utiliser eau et savon doux et bien assécher la plaie.
  - Les pansements de rapprochements (*stéri-strips*) peuvent être retirés après 10 jours.
  - Consulter s'il y a signes d'infection (rougeur, chaleur, écoulement, fièvre, douleur).

◪ **Activité physique:**

- **Faire un verrouillage périnéal avant tout effort physique (ex.: prendre le bébé dans ses bras). Le verrouillage périnéal consiste à contracter les muscles du plancher pelvien, si l'effort physique a pour effet de provoquer une pression sur le plancher pelvien.** *(voir exercices)*
- **Éviter, durant le 1er mois après la césarienne, les activités qui exigent un effort des muscles abdominaux, tels les travaux domestiques (passer la balayeuse, soulever les sacs d'épicerie...).**
- **Faire des exercices en période postnatale de façon progressive.**

◪ **Gestion de la douleur:**

- **La prise d'analgésique de façon régulière tel que prescrit permet de demeurer dans une «zone de confort» tout au long de la période de récupération.**

◪ **Sexualité:**

- **Les activités sexuelles peuvent être reprises lorsque les saignements ont cessé et que la plaie est bien cicatrisée, autour de la 4e semaine après l'accouchement. Les parents sont les meilleurs juges pour évaluer le moment opportun.**

ALERTE

SIGNES D'HÉMORRAGIE

- ▶ **Saignement actif sur le pansement**
- ▶ **Altération de l'état général**
- ▶ **Altération des signes vitaux**

SIGNES D'INFECTION DE LA PLAIE

- ▶ **Douleur**
- ▶ **Rougeur**
- ▶ **Chaleur**
- ▶ **Écoulement purulent**
- ▶ **Induration**
- ▶ **Fièvre**
- ▶ **Inconfort généralisé**

RÉFÉRENCES

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bolnak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Potter, A. et A.G. Perry. 2002. *Soins infirmiers*. Tome 2 (traduction). Laval: Éditions Études vivantes.

Exercices

La cliente connaît les exercices qu'elle peut faire en période post-natale.

INFORMATION À LA MÈRE

Les premières semaines suivant la naissance, il est normal de se fatiguer plus rapidement et parfois de façon soudaine. Il est donc important d'écouter son corps et de doser l'énergie utilisée lors d'activités physiques (comme des promenades).

TABLEAU DES EXERCICES À FAIRE APRÈS UN ACCOUCHEMENT

V Voie vaginale
C Césarienne

	Jour de l'accouchement	1er jour suivant	1re semaine	2e semaine
EXERCICES RESPIRATOIRES	V C	V C		
EXERCICES CIRCULATOIRES	V	V C		
SOINS DU PÉRINÉE		V	V	V
RENFORCEMENT DU PLANCHER PELVIEN				V C
RENFORCEMENT DES ABDOMINAUX		V C	V C	V C
DIASTASE *				
RENFORCEMENT ET ASSOUPLISSEMENT DU DOS		V C	V C	V C

(Dumoulin, 2000)

* Cet exercice ne se pratique qu'à partir de la 6e semaine. La démonstration peut toutefois être faite à la mère par l'infirmière lors de son séjour à l'hôpital.

Pour les exercices devant être débutés après les 2 premières semaines, se référer à l'ouvrage de Dumoulin.

1. EXERCICES RESPIRATOIRES

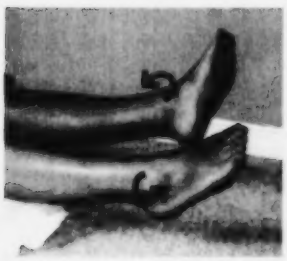
BUT
- Favoriser l'oxygénation et la relaxation.

QUAND
- Jour de l'accouchement et les jours subséquents au besoin.

COMMENT
- Position couchée ou assise
- Expirer par la bouche en rentrant l'ombilic (sans forcer l'expiration), de façon à contracter les muscles du ventre, et chasser l'air des poumons pour sentir les muscles du ventre se contracter.

SPÉCIFICITÉS DE LA POSITION ASSISE
- Placer les genoux au-dessus ou au même niveau que les hanches.
- L'usage d'un tabouret peut être utile.
- Avoir un soutien adéquat pour le dos.

FRÉQUENCE
- Répéter l'exercice 10 fois toutes les 2 ou 3 h.



2. EXERCICES CIRCULATOIRES

BUT
- Activer la circulation sanguine et favoriser la résorption de l'œdème.

QUAND
- Jour de l'accouchement et les jours subséquents au besoin.

COMMENT
- Surélever les jambes au-dessus du niveau du cœur (en élevant le pied de lit ou en ajoutant des oreillers sous les genoux et les mollets).
- Effectuer des rotations des chevilles en bougeant les orteils.

SPÉCIFICITÉS
- Le même exercice peut être effectué avec les poignets lorsqu'il y a oedème des poignets.
- Élever les poignets au-dessus du cœur.
- Faire des rotations des poignets en ouvrant et en fermant les mains.

FRÉQUENCE
- Durant 2 min toutes les 2 h ou 3 h *(voir illustration)*

3a. SOINS DU PÉRINÉE

APPLICATION DE GLACE ET ÉLÉVATION DU BASSIN

BUT
- Réduire la douleur et l'œdème.

QUAND
- Jour de l'accouchement et le 1er jour suivant

COMMENT
- Mettre des glaçons dans un sac de plastique et recouvrir d'une débarbouillette humide.
- Appliquer sur la partie du périnée affectée (sur épisiotomie, déchirure, hémorroïdes).
- Simultanément avec la glace, relever le pied de lit ou utiliser un oreiller pour surélever le bassin au-dessus du niveau du cœur, pour permettre une résorption plus rapide de l'œdème.

FRÉQUENCE
- Glace sur le périnée pendant 20 min toutes les 2 h ou 3 h.

3b. EXERCICES DU PÉRINÉE

CONTRACTIONS MUSCULAIRES DU PLANCHER PELVIEN

Le plancher pelvien est formé de trois épaisseurs de muscles qui ferment le bas du bassin, et s'étendent entre le pubis et le coccyx.

EXERCICE DE « LA VAGUE »

BUT
- Renforcer les muscles du plancher pelvien pour assurer un contrôle adéquat de l'urine, des gaz, des selles, et le soutien des organes pelviens (vessie, utérus) et favoriser une plus grande satisfaction sexuelle chez la femme et son partenaire.

QUAND

• Deux semaines après l'accouchement ou lorsque le périnée n'est plus douloureux.

COMMENT

• Position couchée sur le dos et les genoux fléchis pour commencer.
• Après quelques semaines de pratique, passer en position assise.
• En expirant par la bouche et en rentrant le nombril, contracter les muscles du plancher pelvien en partant de l'anus vers le vagin pendant 5 s à 10 s.
• Relâcher tout le périnée ainsi que le ventre.
• Doubler le temps de repos entre chaque contraction.
• Faire 3 séries de 10 répétitions.

SPÉCIFICITÉS

• Les exercices des muscles pelviens sont parfois faits incorrectement; au lieu d'une contraction, une poussée sur le plancher est exercée (Sampselle et Miller, 1996).
• S'assurer que l'exercice est bien exécuté avant de le répéter à plusieurs reprises, car une poussée du plancher pelvien pourrait l'affaiblir.
• Pour vérifier la qualité de l'exécution, il suffit d'insérer le doigt dans le vagin.
• Si le doigt est serré par les muscles du plancher pelvien ou aspiré vers l'intérieur, c'est que la contraction du plancher est efficace.
• Si le doigt est expulsé vers l'extérieur, c'est que le plancher pelvien est poussé plutôt que contracté.

FRÉQUENCE

• 1 à 2 fois par jour

Dumoulin (2000) propose d'autres exercices pour favoriser le renforcement des muscles du plancher pelvien. Pour des informations supplémentaires, vous référer à son ouvrage.

4. EXERCICES DE RENFORCEMENT DES MUSCLES ABDOMINAUX

LE TRANVERSE (muscle profond)
Rentrée du nombril en position couchée sur le dos.

BUT

• Renforcer les muscles de la colonne vertébrale pour diminuer les douleurs au bas du dos.

QUAND

• 1er jour après l'accouchement, jusqu'à 4 semaines.

COMMENT

• S'installer en position couchée sur le dos, les jambes fléchies.
• En expirant par la bouche, faire une entrée du nombril vers la colonne vertébrale de façon à contracter le ventre.
• Évaluer le durcissement des muscles en plaçant la main sur le bas-ventre près des hanches.
• Faire 3 séries de 10 mouvements de rentrée du nombril, en prenant 1 min de repos entre chaque série.
• Le même exercice peut être répété en position à quatre pattes, en s'assurant de ne pas courber ou creuser le dos durant l'exercice.

SPÉCIFICITÉS

• Les muscles du plancher pelvien doivent rester contractés pendant l'exercice des muscles abdominaux, afin d'éviter une augmentation de pression abdominale sur les viscères, qui peut affaiblir davantage le plancher pelvien.
• Le renforcement des abdominaux doit se faire en partant des muscles profonds vers les intermédiaires, pour terminer par les muscles superficiels (les grands droits).

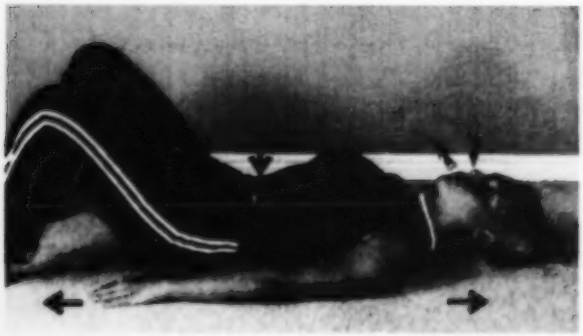
Note. – Étant donné que les exercices abdominaux intermédiaires et superficiels se font 2 et 6 semaines respectivement après l'accouchement, ils ne seront pas traités dans ce document. Se référer à l'ouvrage de Dumoulin (2000).

FRÉQUENCE

• 1 fois par jour, 5 fois par semaine.

5. EXERCICES DE RENFORCEMENT DES MUSCLES ABDOMINAUX PROFONDS ET INTERMÉDIAIRES

BASCULE DU BASSIN ET ÉTIREMENT DU TRONC



BUT

- Rapprocher les muscles grands droits en serrant les muscles profonds et intermédiaires.

QUAND

- 1er jour ou 1ère première semaine après l'accouchement.

COMMENT

- Position couchée sur le dos, les jambes fléchies et le dos bien à plat.
- Contracter les muscles du plancher pelvien.
- Étirer le corps en imaginant qu'une ficelle tire la tête vers le haut et qu'une autre tire les fesses vers le bas.
- Faire 3 séries de 10 mouvements.
- Prendre 10 s de repos entre chaque mouvement et 1 min de repos entre chaque série.

SPÉCIFICITÉS

- Augmenter le niveau de difficulté en refaisant le même exercice en position debout.

FRÉQUENCE

- 1 fois par jour, 5 fois par semaine.

6. ÉVALUATION DE LA DIASTASE DES GRANDS DROITS

La diastase est une ouverture qui se crée entre les muscles grands droits de l'abdomen. C'est un phénomène fréquent: 30% des femmes présentent une diastase durant la grossesse.

BUT

- Adapter la progression des exercices abdominaux en fonction de la force musculaire des grands droits.

QUAND

- Cet exercice ne se pratique qu'à partir de la 6e semaine. La démonstration peut toutefois être faite à la mère par l'infirmière lors de son séjour à l'hôpital.

COMMENT

- Se placer sur le dos, les jambes fléchies.
- Placer les doigts de la main entre les deux muscles grands droits à partir du nombril.
- Contracter le plancher pelvien.

- Soulever la tête jusqu'à ce que les omoplates ne touchent plus le sol.

SPÉCIFICITÉS

- Si plus de 3 doigts peuvent être insérés de façon perpendiculaire aux grands droits, continuer à faire les exercices qui tonifient les muscles profonds et intermédiaires.
- Les redressements assis effectués trop rapidement après l'accouchement peuvent entretenir la faiblesse des muscles abdominaux.
- S'il n'y a aucune diastase des grands droits, les exercices de renforcement des muscles grands droits (redressements assis) peuvent être débutés à partir de la 6e semaine après l'accouchement seulement.

7. EXERCICE DE SOUPLESSE POUR LE DOS

BUT

- Retrouver une musculature souple et forte

QUAND

- 1er jour après l'accouchement et au besoin par la suite.

COMMENT

- Position couchée sur le dos, les genoux fléchis et pieds en appui sur le sol.
- Amener un genou vers l'abdomen à l'aide des mains.
- Revenir à la position initiale.
- Refaire le même mouvement avec l'autre jambe.
- Si bien toléré, poursuivre en amenant les deux genoux vers l'abdomen.

SPÉCIFICITÉS

- S'assurer de garder le dos bien à plat durant l'exécution de l'exercice.

FRÉQUENCE

- 1 à 2 fois par jour et au besoin.

8. RETOUR AUX ACTIVITÉS SPORTIVES MARCHE, NATATION, SPORTS DE SAUTS

BUT

- Tonifier les muscles du dos, de l'abdomen et des jambes.
- Développer l'endurance et la coordination.

QUAND

- Marche : 2 à 3 semaines après l'accouchement.
- Natation : 1 mois après l'accouchement.
- Sports de sauts : 3 à 4 mois après l'accouchement.

COMMENT

- Marche: augmenter graduellement la distance et la cadence.
- Natation: le crawl et la marinière (sur le côté) sont davantage recommandés. Le papillon et la nage sur le dos accentuent la courbure du dos et peuvent causer des douleurs lombaires.

SPÉCIFICITÉS

- Renforcer les muscles du plancher pelvien et les muscles abdominaux avant la pratique de toute activité sportive. Faire un retour aux activités sportives de façon progressive pour éviter toute blessure.

9. EXERCICE SPÉCIFIQUE APRÈS UNE CÉSARIENNE EXERCICE RESPIRATOIRE ABDOMINALE AVEC FLEXION DU TRONC

BUT

- Stimuler le mouvement intestinal.
- Prévenir le ballonnement et la constipation.

QUAND

- Lorsqu'il est possible de se lever et de marcher dans la chambre.

COMMENT

- Se pencher vers l'avant, les bras et la tête en appui sur une table ou un banc.
- Les jambes sont légèrement écartées.
- Expirer par la bouche en rentrant le nombril.
- Relâcher en inspirant.

FRÉQUENCE

- 10 fois toutes les 3 h

RÉFÉRENCES

Bazinet, D. 2002. *Quelques exercices et conseils généraux en période postnatale*. Saint-Eustache: Centre hospitalier Saint-Eustache.

Dumoulin, C. 2000. *En forme après bébé. Exercices et conseils*. Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Dumoulin, C. 2003. *En forme après bébé. Mise à jour des exercices et conseils*. Actes du 8e colloque en périnatalité. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Sampselle, C. et J. Miller. 1996. «Pelvic muscle exercise: Effective patient teaching». *The Female Patient*, volume 21, numéro 5, p. 29-36.

Sampselle, C., J. Seng, S. Yeo, C. Killion et D. Oakley. 1999. «Physical activity and postpartum well-being». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 28, numéro 1, p. 41-49. ◄

Sexualité

Les parents discutent avec l'infirmière des particularités de l'activité sexuelle après la naissance du bébé.

INFORMATION AUX PARENTS

ACTIVITÉS SEXUELLES

QUAND

- Les saignements ont cessé.
- L'épisiotomie est guérie (afin d'éviter l'infection).
- Entre la 2e et la 4e semaine après l'accouchement.
- Le couple est le meilleur juge pour évaluer le bon moment.

PARTICULARITÉS

- Il arrive que le vagin se lubrifie moins bien naturellement pendant les 6 premiers mois. Une gelée lubrifiante peut aider.
- Il est possible que les réactions physiologiques à la stimulation sexuelle, et la force de l'orgasme, soient diminuées les 3 premiers mois après la naissance. De plus longs préliminaires peuvent aider. Exercer les muscles du plancher pelvien sont aussi à même d'augmenter la satisfaction sexuelle. *(voir exercice page 37)*
- Une sensibilité accrue peut être ressentie lors de la pénétration. Des positions où la femme a le contrôle sur la profondeur de l'insertion du pénis sont à considérer (position sur le côté, femme sur le dessus).
- Les pleurs et bruits du bébé durant la relation sexuelle influencent le déroulement des relations sexuelles et créent parfois de l'insatisfaction et de la frustration. Communication claire, compréhension mutuelle et patience devraient aider à composer avec la situation.

SEXUALITÉ

Les parents ont l'opportunité d'explorer avec l'infirmière les méthodes contraceptives qui peuvent être utilisées après la naissance.

En moyenne, la mère qui n'allaite pas a une ovulation autour de la 45e journée post-partum. Cependant environ 2 % de ces femmes sont fertiles immédiatement après la naissance (Adams, 2000).
Une méthode contraceptive efficace d'ici la visite chez le médecin à la 6e semaine post-partum est recommandée, compte tenu des risques d'ovulation durant cette période.

MÉTHODES CONTRACEPTIVES NON HORMONALES

- CONDOM (barrière)
  - Taux de succès de 88 %
  - Spermicide recommandé (utilisé en même temps que le condom); efficacité contraceptive augmentée à 98 %.
  - Lubrifiant à base d'eau seulement
  - Compatible avec l'allaitement maternel
- DIAPHRAGME (barrière)
  - Taux de succès de 92 % à 96 % avec un usage adéquat.
  - Spermicide nécessaire pour chaque nouveau rapport sexuel.
  - Attendre 6 à 8 semaines après la naissance pour utiliser le diaphragme, compte tenu des modifications du vagin. À vérifier en période postnatale et réajuster au besoin.
  - Lubrifiant à base d'eau seulement
  - Compatible avec l'allaitement maternel
- CAPE CERVICALE (barrière)
  - Le taux de succès chez les femmes qui ont donné naissance est de 73 %, comparativement à 87 % chez celles qui n'ont pas accouché.
  - La modification de la forme du col peut expliquer cette baisse d'efficacité.
  - Le spermicide est nécessaire pour chaque nouveau rapport.
  - Il faut attendre 6 à 8 semaines après la naissance pour utiliser la cape cervicale, compte tenu des modifications du col après la naissance. À vérifier en période postnatale et réajuster au besoin.
  - Non recommandée durant l'allaitement, car le col garde une consistance mollasse qui rend l'ajustement difficile.

ÉPONGE VAGINALE
(barrière et spermicide en un seul produit)

- Le taux de succès chez les femmes qui ont donné naissance est de 74 %, comparativement à 79 % chez celles qui n'ont pas accouché.
- La modification de la forme du vagin peut expliquer la baisse d'efficacité chez les femmes qui ont déjà donné naissance.
- Utilisée en association avec le condom, augmente le taux de succès à 98 %.
- Lubrifiant à base d'eau seulement
- Compatible avec l'allaitement maternel

STÉRILET (dispositif intra-utérin)

- Taux de succès de 98 %
- Risque plus élevé d'expulsion si installé tôt après la naissance.
- Installer au-delà de la 4e semaine.
- Compatible avec l'allaitement maternel
- Risque d'expulsion non augmenté avec la pratique de l'allaitement maternel.
- Aucun effet sur la qualité et la quantité du lait maternel.

MAMA

(Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

Comme l'allaitement retarde l'ovulation, il peut prévenir la grossesse à 98 % quand des conditions précises sont respectées.

MAMA repose sur trois conditions :

- Aucune menstruation ou perte sanguine après le 56e jour suivant l'accouchement.
- Allaitement exclusif d'un enfant de moins de 6 mois à la demande jour et nuit (l'enfant ne consomme aucun autre lait ou aliment).
- Bébé ne dort pas plus de 6 h consécutives par nuit.

Si l'une de ces trois conditions n'est pas respectée, il est recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive efficace. *(voir algorythme de la MAMA)*

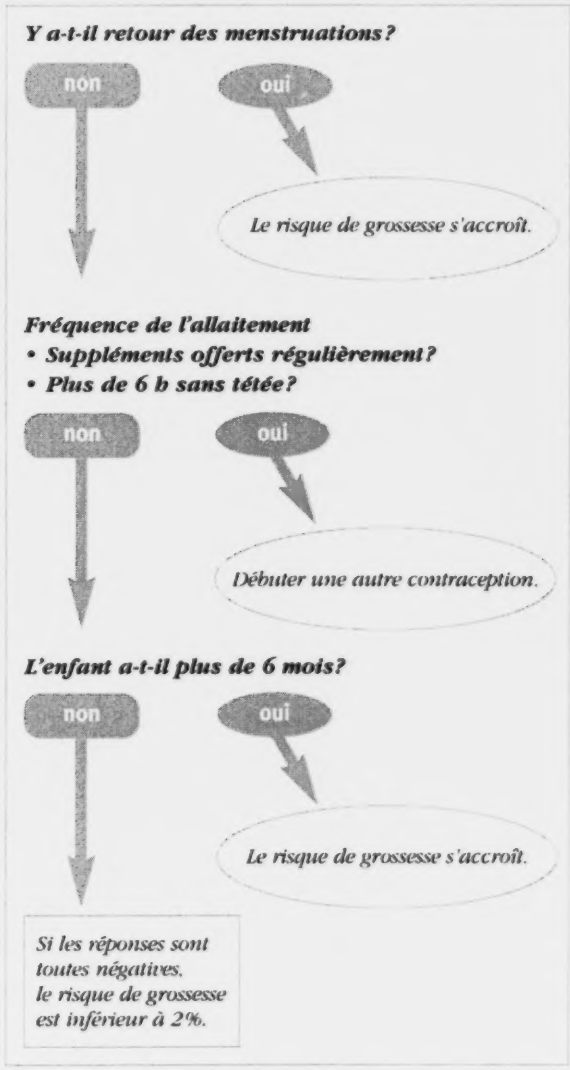
MÉTHODES CONTRACEPTIVES HORMONALES

CONTRACEPTIFS ORAUX À BASE D'ŒSTROGÈNE ET PROGESTÉRONE

- Le taux de succès est de 97 % .
- Ne devraient pas être débutés à moins de 3 semaines post-partum, à cause des risques de thromboembolie liés à l'œstrogène.
- Non recommandés pour les femmes qui allaitent. L'œstrogène peut réduire le volume de lait maternel, ainsi que la quantité de protéines et de lactose dans le lait maternel (Hale, 1999).

ALGORITHME DE LA MAMA

Comment déterminer la nécessité d'une autre contraception pendant l'allaitement



CONTRACEPTIFS ORAUX À BASE DE PROGESTÉRONE SEULEMENT

- Le taux de succès varie de 90 % à 99 %.
- Avec une prise régulière quotidienne et à heure fixe, on obtient une efficacité comparable aux contraceptifs à base d'œstrogène.
- L'Organisation mondiale de la Santé rapporte que les contraceptifs oraux à base de progestérone n'ont aucun effet secondaire sur la production de lait lorsqu'ils sont débutés à la 6e semaine post-partum.
- La quantité d'hormones transférée au bébé allaité est minime et aucun effet n'a été noté sur le bébé (Hale, 1999).

CONTRACEPTIF INJECTABLE À BASE DE PROGESTÉRONE (Depo-Provera)

- Taux de succès de 99,7 %
- L'injection doit être répétée de 10 à 13 semaines plus tard.
- La femme qui n'allaite pas peut recevoir l'injection tout de suite après l'accouchement.
- La femme qui allaite doit attendre au moins 3 jours après l'accouchement avant de recevoir l'injection, car la chute du taux de progestérone suite à la naissance est un élément nécessaire à l'initiation de la production de lait.
- Le progestatif n'a aucun effet sur la qualité et la quantité de lait maternel lorsque débuté 6 semaines après la naissance. Des rapports cliniques suggèrent que, pour certaines femmes, l'usage de Dépo-Provera avant la 6e semaine peut entraîner une diminution de production de lait (Hales, 1999).

« PILULE DU LENDEMAIN » (CONTRACEPTION D'URGENCE)

- Taux de succès de 75 % à condition de prendre les contraceptifs dans les 72 h suivant le rapport sexuel.
- Les œstroprogestatifs à haute dose peuvent diminuer la production lactée des mères qui allaitent.

RÉFÉRENCES

Adams, M.D. 2000. « Breastfeeding and oral contraceptives. Exploring opinions on the options ». *Awhonn Lifelines*, juin-juillet 2000, p. 45-47.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAÉS). 2002. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant : service, recommandations et références professionnels.* Paris: ANAÉS. www.anaes.fr

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique, p. 126-129.

Hale, T.W. 1999. *Clinical Therapy in Breastfeeding Patients.* Texas Tech University School of Medecine: Texas.

Hale, T.W. 2002. *Medications and Mothers' Milk.* 10e édition. Texas Tech University School of Medecine: Texas.

Kennedy, K.Y. 1996. « *Post-partum contraception, a review.* » Baillieres Clinical Obstetrical Gynaecology, volume 10, numéro 1, p. 25-41.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2000. *Au-delà du plaisir. Guide canadien sur la contraception.* Ottawa: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. ◄

DIMENSION
PSYCHOSOCIALE

Adaptation au rôle parental

Les parents connaissent les phases d'ajustement durant la période post-partum.

PÉRIODE POSTNATALE

- Constitue une période de transition importante pour la mère, son nouveau-né et l'ensemble de la famille.
- Demande aux parents d'effectuer des changements leur permettant d'assumer leur nouveau rôle et d'intégrer le bébé dans la famille.

RÔLE PARENTAL

- Source de valorisation et de joie
- Génère aussi stress, fatigue, tensions conjugales, diminution du temps pour soi et pour la vie de couple, restrictions sur les plans social, économique et professionnel, et de lourdes responsabilités envers l'enfant.

(Léonard, 1996; Paul, 1997).

PHASE D'AJUSTEMENT DE LA MÈRE DURANT LA PÉRIODE POST-PARTUM

- Immédiatement après la naissance, la mère traverse une phase de passivité (1 à 2 jours), qui peut varier d'une femme à l'autre. Pendant cette période, la femme ressent le besoin d'intégrer l'expérience de la naissance, et de discuter de façon détaillée des étapes de la naissance avec sa famille, amis et intervenants. Il y a alors une dépendance marquée, un besoin d'être «maternée».
- Par la suite, la mère passe dans la phase de prise en main, qui peut durer quelques semaines. Elle devient de plus en plus autonome dans le soin du nouveau-né (3 à 14 jours). Elle a besoin de discuter des soins du bébé et de l'adaptation de la fratrie.
- Au cours des mois suivants (15 jours à 6 mois), c'est l'intégration de la nouvelle expérience à la vie quotidienne. Avec l'impression de pouvoir s'adapter, la mère entre dans la phase du partage des responsabilités, durant laquelle elle acquiert de plus en plus d'assurance et de maîtrise.

ALERTE

► Assurer un suivi et/ou référer les parents qui semblent démontrer des signes de mésadaptation à leurs rôles maternel et paternel.

BOÎTE À OUTILS

Grille de lecture de la situation postnatale, tirée de Rôles et modalités d'articulation en périnatalité, CH/CLSC/médecins traitants, période postnatale, annexe 4.

RÉFÉRENCES

Leonard, N. et D. Paul. 1996. «Devenir parents. Les facteurs liés au sentiment de compétence». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 1, p. 38-46.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Paul, D., C. Lambert, D. St-Cyr - Tribble et P. Leber. 1997. «Tendre la main aux nouveaux parents: écouter ou informer?». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 5, p. 28-34.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2000. *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité. Centres hospitaliers accoucheurs/CLSC/médecins traitants. Période postnatale*. Montréal: RRSSS Montréal-Centre.

Santé Canada. 2000. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Lignes directrices nationales*. Ottawa: Publications Santé Canada. ◄

Adaptation de la fratrie à la venue du nouveau-né

Les parents ont l'opportunité de discuter avec l'infirmière des réactions de la fratrie à l'arrivée du nouveau-né, ainsi que des moyens pour favoriser son adaptation.

CARACTÉRISTIQUES

- **L'arrivée d'un nouvel enfant affecte tous les membres de la famille.**
- **Les enfants plus vieux assument des nouvelles positions dans la hiérarchie familiale.**
- **Les soins du nouveau-né peuvent accaparer ou envahir les personnes les plus significatives de la fratrie.**
- **Les parents tentent de répartir leur attention d'une façon équitable.**
- **Les réactions de la fratrie peuvent résulter de:**
  - **la venue du nouveau-né.**
  - **la séparation temporaire de la mère.**
  - **de changements dans le comportement des parents.**
- **La jalousie peut survenir après l'excitation initiale de l'arrivée du nouveau-né.**
- **Spectre de réactions possibles:**

COMPORTEMENTS POSITIFS

- **Intérêt et préoccupations pour le nouveau-né**
- **Accroissement de l'indépendance**

COMPORTEMENTS DE RÉGRESSION

- **Régression au niveau des habitudes d'élimination et de sommeil**
- **Besoin de capter l'attention**
- **Plaintes et gémissements**

- **Rassurer les parents quant à la normalité de ces réactions.**

INFORMATION AUX PARENTS

- Il est normal que le frère ou la sœur démontrent des changements de comportement (positifs et régressifs) après la naissance du nouveau-né.
- Les enfants plus vieux ont besoin d'être rassurés quant à l'amour inconditionnel des parents.
- Leur adaptation à l'arrivée du nouveau-né prend du temps.
- Des contacts directs avec le nouveau-né en santé ne l'exposent pas à des organismes pathogènes, dans la mesure où la fratrie ne couve pas une maladie infectieuse. Le lavage des mains avant le contact avec le bébé demeure toutefois la mesure préventive la plus efficace pour la protection contre les infections.
- Stratégies pour favoriser l'acceptation du nouveau-né auprès de la fratrie :
  - Tenter de préserver une certaine stabilité dans les habitudes de vie des autres enfants.
  - Voir à ce qu'ils fassent partie des premières personnes à visiter le nouveau-né.
  - Faire une tournée de l'unité de maternité ou de la maison de naissance avec le frère ou la sœur, en indiquant les similarités avec leur propre naissance.
  - Lors des premiers contacts, ne pas forcer l'interaction entre le nouveau-né et les autres enfants, souvent plus intéressés à voir maman et à être rassurés quant à son amour.
  - Avoir un petit cadeau à leur donner.
  - Lors du retour à la maison, confier le nouveau-né à quelqu'un d'autre, afin de se garder les mains libres pour les recevoir.
  - Les complimenter pour leurs comportements d'aînés, de sorte qu'être plus vieux soit valorisant.
  - Pendant qu'un parent donne des soins au nouveau-né, l'autre parent peut leur consacrer du temps. Les enfants aiment avoir de l'attention des deux parents.
  - Donner une photo du nouveau-né aux enfants d'âge préscolaire ou scolaire, pour qu'ils puissent la montrer à leurs amis.
  - Permettre de participer aux soins du bébé, en fonction des habiletés et du développement.

RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 138.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Compétence parentale

En collaboration avec l'infirmière, les parents ont l'opportunité de développer leur compétence parentale.

CARACTÉRISTIQUES

- Par leurs interventions, les infirmières des milieux hospitaliers et communautaires peuvent contribuer à accroître la compétence des parents à l'égard de leur nouveau rôle (Léonard, 1996).
- L'infirmière établit avec les parents une relation égalitaire de type partenariat. Elle met ses habiletés et son savoir à leur disposition, tout en reconnaissant leur capacité à effectuer les meilleurs choix.
- Une recension des écrits effectuée par Paul (1997) démontre qu'il doit y avoir un équilibre entre la possibilité pour le client de faire part à l'infirmière de ses préoccupations et questions, et les objectifs prédéterminés fixés par l'infirmière pour collecter les données et parcourir le plan d'enseignement.
- Le sentiment de compétence parentale est influencé par :

DES FACTEURS LIÉS AUX PARENTS

- Âge : un jeune âge, en combinaison avec des conditions socioéconomiques difficiles et une faible scolarité, peuvent présenter un risque pour la santé et la qualité de vie des parents et des nouveau-nés.
- Parité : un parent plus expérimenté est plus à l'aise pour décoder les signaux du bébé.

- Sexe : généralement l'adaptation est plus progressive chez le père.
- Niveau de scolarité : le parent plus scolarisé a un regard plus critique à l'égard du rôle parental (diminution du temps pour soi, interruption de la carrière chez la femme...).
- Situation familiale : implication, présence, soutien du conjoint.

DES FACTEURS LIÉS À L'ENFANT

- État de santé : la maladie est un facteur de stress supplémentaire.
- Tempérament : un bébé « facile » procure un sentiment de compétence parentale plus élevé qu'un bébé agité ou facilement contrarié.

DES FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

- Contexte socio-économique
- Soutien social
- Contexte culturel : chaque culture a une perception différente des rôles maternel et paternel.

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

STRATÉGIES POUR FAVORISER LA COMPÉTENCE PARENTALE

◪ Rassurer les parents sur la légitimité de leur réaction, pour donner espoir qu'avec le temps ils trouveront des moyens pour s'adapter à leur nouvelle situation.

◪ Considérer les parents comme une source de connaissances plutôt que des récipiendaires, met leurs compétences plus en évidence.

Exemples d'approche :

- En quoi considérez-vous que votre conjoint(e) réussit bien avec l'enfant ?
  ou
  Lequel de vous deux réussit le mieux à calmer l'enfant ?
- Demander aux parents ce qu'ils ont observé des capacités de leur enfant.

RÉFÉRENCES

Léonard, N. et D. Paul. 1996. « Devenir parents. Les facteurs liés au sentiment de compétence ». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 1, p. 38-46.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry, I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis : Mosby.

Paul, D., C. Lambert, D. St-Cyr - Tribble et P. Leber. 1997. « Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer ? ». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 5, p. 28-34.

Santé Canada. 2000. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Lignes directrices nationales*. Ottawa : Publications Santé Canada. ◄

Blues, dépression et psychose

Les parents ont l'opportunité de discuter avec l'infirmière sur le phénomène du « blues » du post-partum et d'identifier des moyens pour en atténuer les symptômes.

Les parents sont en mesure de différencier les symptômes du « blues » de ceux de la dépression post-partum.

Blues

STATISTIQUES

◪ Le *blues* du post-partum touche 50 % à 80 % des nouvelles mères.

◪ Les symptômes apparaissent entre le 3e et 5e jour post-partum et disparaissent d'eux-mêmes après 1 à 2 semaines.

PARTICULARITÉS

◪ Symptômes
- Fatigue
- Tristesse
- Sautes d'humeur
- Insomnie
- Tendance à pleurer
- Difficulté de concentration

◪ Causes probables
- Changements hormonaux
- Ajustement psychologique au rôle parental

ALERTE

▶ Persistance et détérioration des symptômes

INFORMATION AUX PARENTS

STRATÉGIES POUR ATTÉNUER LES SYMPTÔMES RELIÉS AUX *BLUES*

- Se rappeler que le «baby blues» est normal.
- Prendre le sommeil quand il passe. Profiter des moments où le bébé dort pour se reposer.
- Utiliser des techniques de relaxation.
- Communiquer les sentiments, les attentes, avec le conjoint.
- Se donner du temps pour découvrir et s'adapter aux soins à prodiguer au bébé.
- Garder du temps pour soi: prendre un bain, faire une marche pendant que le conjoint ou une personne de confiance prend soin du bébé...
- Utiliser les ressources communautaires.

SYMPTÔMES QUI PERMETTENT DE DIFFÉRENCIER LE *BLUES* DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

- Détérioration de l'insomnie et incapacité de s'endormir après que les soins du bébé aient été donnés, en dépit d'une fatigue extrême.
- Changement de l'appétit, désordres alimentaires.
- Augmentation de l'intensité et de la durée des symptômes du blues.
- Augmentation de l'inconfort lié au rôle maternel.
- Peurs constantes pour l'enfant
- Pensées suicidaires
- Difficulté à composer avec la fatigue.
- Retrait et isolement social
- Perceptions négatives du bébé (bébé exigeant, encombrant).

BOÎTE À OUTILS

Échelle d'Edinburgh (français-anglais)

BLUES, DÉPRESSION ET PSYCHOSE

Dépression post-partum

STATISTIQUES

- Environ 13 % des mères expérimentent une dépression post-partum.
- Pour la plupart des femmes, la dépression post-partum apparaîtra dans les 3 premiers mois après la naissance. Certains chercheurs rapportent une plus grande incidence de la 3e à la 5e semaine post-partum.
- 50 % de ces mères ont une dépression qui dure 6 mois et plus.
- Les risques de récurrence d'une dépression sont de l'ordre de 30 % à 50 %.

CARACTÉRISTIQUES

EFFETS DE LA DÉPRESSION SUR LA FAMILLE

- Diminution des interactions avec les enfants et le conjoint.
- Risque plus élevé de négligence et d'abus envers les enfants.
- Altération du développement cognitif et émotionnel des enfants.

DURÉE

- Le facteur le plus significatif quant à la durée de la dépression post-partum est le délai pour recevoir le traitement (Beck, 2002).

IDENTIFICATION DE LA DÉPRESSION

- Souvent brouillée par le chevauchement des symptômes de fatigue liés à la maternité.
- Développement lent et insidieux; les femmes ne s'en rendent pas toujours compte.
- Les mères n'en discutent pas avec les intervenants de la santé de peur d'être jugées.
- Stigma social associé à la dépression post-partum («tu devrais être heureuse d'avoir un beau bébé»).
- Les symptômes disparaissent rarement sans une aide professionnelle.

FACTEURS DE RISQUE RELIÉS À LA DÉPRESSION POST-PARTUM

Présentés en ordre décroissant de leur force d'impact sur la dépression

- **Dépression prénatale**
- **Faible estime de soi** (VC)
- **Stress engendré par les soins à l'enfant**
- **Anxiété prénatale**
- **Stress de la vie courante** (VC)
- **Manque de soutien social tangible** (VC)
- **Relation maritale difficile** (VC)
- **Histoire de dépression**
- **Tempérament de l'enfant**
- ***Blues* de la maternité**
- **Statut marital versus monoparentalisme** (VC)
- **Faible statut socio-économique** (VC)
- **Grossesse non planifiée**

(VC : facteurs également associés à la violence conjugale)

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

- **Perte d'énergie, fatigue**
- **Humeur dépressive**
- **Perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités**
- **Changement de l'appétit**
- **Insomnie ou hypersomnie**
- **Changement psychomoteur**
- **Sentiment d'être inutile**
- **Sentiment de culpabilité**
- **Perte de concentration**
- **Ambivalence**
- **Pensées récurrentes de suicide ou de mort**

BLUES, DÉPRESSION ET PSYCHOSE

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

- Permettre à la mère de s'exprimer et de partager ses sentiments négatifs.
- Il peut être rassurant pour la mère d'entendre que la maternité n'est pas toujours «tout beau, tout rose», et qu'elle peut même être perçue comme une perte : perte de soi, perte de contrôle, d'énergie, de certaines relations sociales et rôles sociaux.

ALERTE

- **La mère qui présente des symptômes de dépression post-partum.**

- **Assurer un suivi et/ou référer à un professionnel de la santé mentale.**

Psychose post-partum

- L'incidence de la psychose post-partum est de 1 à 2/1000 naissances.
- Probabilité de récurrence de 35 % à 60 % pour les naissances subséquentes.
- Les symptômes peuvent se présenter dans les jours qui suivent la naissance avec une moyenne de 2 à 3 semaines.
- Taux de suicide de 5 % et taux d'infanticide de 4 % chez les mères qui souffrent de psychose post-partum (Kaplan et Sadock, 1998, cité par Lowdermilk *et al.*, 2002).

SYMPTÔMES DE LA PSYCHOSE POST-PARTUM

- **Fatigue**
- **Insomnie**
- **Agitation**
- **Épisode de pleurs**
- **Instabilité émotionnelle**
- **Confusion, incohérence**
- **Préoccupation obsessive face au bébé, méfiance.**
- **Illusions (la mère peut penser que l'enfant est possédé du démon).**
- **Hallucinations auditives (des voix lui dictent des comportements à adopter).**
- **Comportements désorganisés face aux soins du bébé.**

ALERTE

- **Agitation, hyperactivité, méfiance, confusion chez la mère**
- **La psychose post-partum est une urgence psychiatrique.**

RÉFÉRENCES

Beck, C.T. 2002. «Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implication». *MCN, The American Journal of Maternal/child Nursing*, volume 27, numéro 5, p. 283-287.

Beck, C.T. 2002. «Revision of the postpartum depression predictors inventory». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 31, numéro 4, p. 394-402.

Beck, C.T. 2001. «Predictors of postpartum depression an update». *Nursing Research*, volume 50, numéro 5, p. 275-285.

Beck, C.T. 1999. «Postpartum depression. Stopping the thief that steals motherhood ». *Aubonn Lifelines*, volume 3, numéro 4, p. 41-44.

Beck, C.T. 1998. «A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 27, numéro 1, p. 39-45.

Bozoky, Y. et E.J. Corwin. 2002. «Fatigue as predictor of postpartum depression». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 31, numéro 4, p. 436-443.

Kaplan H. et B. Sadock. 1998. *Synopsis of Psychiatry*. 8e édition. Baltimore: Williams & Willkins.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry, I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*. 7e édition. St-Louis: Mosby.

Maley, B. 2002. «Creating a postpartum depression support group». *Aubonn Lifelines*, volume 6, numéro 1, p. 62-65.

Santé Canada. 2000. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Lignes directrices nationales*. Ottawa: Publications Santé Canada. ◄

Structure de la famille

En collaboration avec l'infirmière, les parents identifient les ressources internes qui peuvent faciliter leur adaptation à la naissance du nouveau-né.

CARACTÉRISTIQUES

- **L'adaptation de la femme à son rôle de mère est grandement affectée par la nature des relations avec le conjoint, sa propre mère et d'autres membres de la famille.**
- **L'identification des forces et conflits entre les membres de la famille permet d'identifier la nature du soutien disponible lors du retour à la maison.**
- **L'infirmière peut aider les parents à développer des stratégies pour composer avec les conflits: par exemple s'il y a divergence d'opinion quant aux soins à donner au bébé, quant à l'éducation des enfants (lors de rivalité chez la fratrie), ou si les conseils des grands-parents deviennent envahissants.**
- **Le génogramme:**
  - **facilite la lecture de la composition de la famille.**
  - **procure des données utiles pour l'élaboration d'hypothèses.**

MODE D'UTILISATION DU GÉNOGRAMME

- **Le génogramme intègre d'habitude trois générations.**
- **Les membres d'une même famille se retrouve sur une ligne horizontale. Chacune de ces lignes représente une génération.**
- **Le carré et le cercle représentent le genre des individus, le triangle représente une fausse couche ou un avortement.**
- **À l'intérieur du carré et du cercle apparaissent l'âge et le nom de la personne et, à l'extérieur, des données significatives se rapportant à cette personne (HTA, déprimée, travaille beaucoup...)**
- **Lorsqu'une personne est décédée, on inscrit l'année de décès au-dessus du carré ou du cercle.**
- **Après avoir obtenu des informations sur la famille nucléaire, l'infirmière collecte des informations sur la famille élargie. Elle juge de la pertinence des données à collecter au sujet de la parenté.**
- **Il est visuellement plus facile de concevoir la famille vivant sous la même maisonnée en encerclant ses membres.**

QUESTIONS TYPES POUVANT ÊTRE POSÉES AUX PARENTS AFIN D'ÉVALUER LA STRUCTURE INTERNE DE LA FAMILLE

- Pouvez-vous nommer tous les membres de votre famille?
- D'autres personnes, par exemple des grands-parents, vivent-ils avec vous?
- Pouvez-vous indiquer si quelqu'un a récemment quitté le foyer?
- Combien d'enfants compte la famille?
- Quel âge ont-ils?
- Y a-t-il eu des fausses couches ou des avortements?
- Où vos parents vivent-ils?
- Comment est la santé de vos parents?
- Qu'en est-il de vos frères et de vos sœurs?
- Quel type de liens entretenez-vous avec vos parents, vos beaux-parents, vos frères et sœurs?

(Pour une consultation plus approfondie, voir Wright et Leahey, 1995; Duhamel, 1995)

BOÎTE À OUTILS

Génogramme

RÉFÉRENCES

Duhamel, F. 1995. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.* Montréal: Gaëtan Morin.

Kérouac, S., J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette et F. Major. 1994. *La pensée infirmière.* Laval: Éditions Études vivantes.

Sims, L.K., D. D'Amico, J.K. Stiesmeyer et J.A. Webster. 1995. *Health Assessment in Nursing.* Redwood City, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Wright, L.M. et M. Leahey. 1995. *Guide d'évaluation et d'intervention. L'infirmière et la famille.* Adaptation française de Lyne Cloutier. Montréal: ÉRPI, Éditions du renouveau pédagogique. ◄

Fonctionnement de la famille

En collaboration avec l'infirmière, les parents identifient les ressources externes qui peuvent faciliter leur adaptation à la naissance du nouveau-né.

CARACTÉRISTIQUES

- L'inventaire du réseau social des parents permet à l'infirmière d'évaluer leur satisfaction quant à leurs sources de soutien.
- Des liens ont été établis entre le soutien social reçu en période post-partum et la dépression. Les femmes qui reçoivent un soutien social adéquat expérimenteraient moins de dépression post-partum (Colins *et al.*, 1993).
- L'écocarte est un outil qui fournit une représentation visuelle des rapports établis par la famille avec des personnes extérieures à la famille immédiate, ou un réseau de relations tels le système de la santé, le système scolaire, la communauté culturelle, le milieu de travail, les amis...

MODE D'UTILISATION DE L'ÉCOCARTE

- ▷ En collaboration avec l'infirmière, les parents peuvent participer activement à la réalisation de l'écocarte.
- ▷ Au centre de l'écocarte se situe le cercle constituant le génogramme de la famille nucléaire.
- ▷ Autour du cercle de la famille nucléaire, plusieurs cercles représentent les personnes, organismes ou établissements qui jouent un rôle essentiel auprès de la famille.
- ▷ Des liens représentés par des lignes unissent la famille à l'extérieur. Les lignes continues représentent des liens solides; les lignes pointillées, des liens précaires; les lignes barrées, des relations difficiles. Le nombre de lignes traduit la force du lien.

QUESTIONS TYPES POUVANT ÊTRE POSÉES AUX PARENTS POUR ÉVALUER LEUR SATISFACTION QUANT À LEUR RÉSEAU DE SOUTIEN

- Quels sont les membres de votre famille desquels vous vous sentez le plus près?
- À qui demandez-vous de l'aide quand surviennent des problèmes dans votre famille?
- Fréquentez-vous un lieu de culte?

- Vos croyances spirituelles constituent-elles une ressource?
- Quels professionnels ont un engagement à l'égard de votre famille?
- Votre définition de la solution coïncide-t-elle avec celle des intervenants que vous rencontrez?
- Quels services communautaires votre famille utilise-t-elle?
- Y a-t-il des services communautaires que vous aimeriez connaître?
- Comment qualifiez-vous vos relations avec le milieu du travail?
- Quelles sont les personnes les plus significatives à l'extérieur de votre famille immédiate? À quelle fréquence les voyez-vous?

Pour une consultation plus approfondie, voir Wright et Leahey, 1995; Duhamel, 1995)

BOÎTE À OUTILS

Écocarte

RÉFÉRENCES

Duhamel, F. 1995. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.* Montréal: Gaëtan Morin.

Kérouac, S., J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette et F. Major. 1994. *La pensée infirmière.* Laval: Éditions Études vivantes.

Sims, L.K., D. D'Amico, J.K. Stiesmeyer et J.A. Webster. 1995. *Health Assessment in Nursing.* Redwood City, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Wright, L.M. et M. Leahey. 1995. *Guide d'évaluation et d'intervention. L'infirmière et la famille.* Adaptation française de Lyne Cloutier. Montréal: ÉRPI, Éditions du renouveau pédagogique. ◄

Considérations culturelles

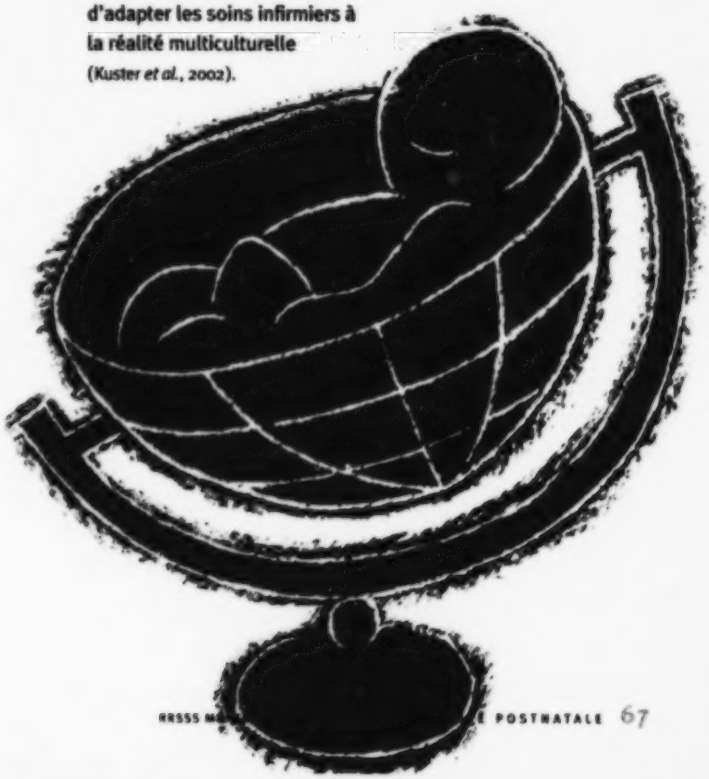
Les parents de différentes cultures ont l'opportunité d'exprimer les valeurs et de choisir les pratiques de soins qui favorisent leur bien-être et leur satisfaction.

DÉFINITION

CULTURE Ensemble des valeurs, croyances, normes et pratiques qui sont apprises et partagées par les membres d'un groupe particulier et qui guident les attitudes, les décisions et les gestes dans un sens déterminé (Leininger, 1991 dans Kuster *et al.*, 2002).

CARACTÉRISTIQUES

- La réalité de la société occidentale peut provoquer un choc culturel important pour les parents de cultures différentes, puisque la périnatalité est un moment où les expressions du soin et les modes de vie dominants de la culture se manifestent le plus fortement. D'où l'importance d'adapter les soins infirmiers à la réalité multiculturelle (Kuster *et al.*, 2002).



- En plus du stress inhérent à la naissance d'un nouveau-né, s'ajoutent souvent, pour des parents immigrants, d'autres stress reliés à la séparation du réseau de soutien habituel (acculturation, difficulté à communiquer, difficulté d'intégration dans la communauté et au travail).

- Toutes les cultures ont développé des méthodes sécuritaires et satisfaisantes pour prendre soin des mères et des bébés. C'est en trouvant un équilibre, entre le respect des coutumes traditionnelles et l'adaptation à la société occidentale, que les soins seront culturellement pertinents et satisfaisants pour les parents et le nouveau-né.

INTERVENTIONS VISANT À ÉTABLIR UN ÉQUILIBRE INTERCULTUREL ENTRE L'INFIRMIÈRE ET LES PARENTS

MAINTIEN DU SOIN

Dans certaines circonstances, il peut être important pour les parents de maintenir des pratiques favorisent leur bien-être et leur satisfaction. Par exemple, dans certaines cultures, la personne significative est la mère, la belle-mère ou la sœur, et non le conjoint, car l'homme représente la famille à l'extérieur du foyer et le domaine social, alors que la femme représente l'intérieur, le domaine de la maison.

En conséquence, il est possible que l'homme quitte les lieux durant la visite postnatale parce que les soins de l'enfant et de la mère sont du domaine des femmes. Il ne faudrait pas interpréter ce comportement comme étant un manque d'intérêt envers le nouveau-né et la mère quand, dans les faits, il est dicté par le respect et la pudeur.

NÉGOCIATION DU SOIN

Dans d'autres circonstances, il est possible qu'il faille «négocier» le soin. Par exemple, dans certaines cultures la mère est choyée, dorlotée et maternée par l'entourage féminin.

En conséquence, il est possible qu'en période post-partum la nouvelle maman demande de l'aide pour sa toilette matinale, ses déplacements, ou bien qu'au retour à la maison elle exige de l'aide pour ses soins personnels et les tâches domestiques. Ces demandes peuvent aller à l'encontre des valeurs de l'infirmière qui valorise l'autonomie de la nouvelle maman, et à l'encontre des possibilités des établissements de santé. Sachant que ce « maternage » est susceptible d'aider la mère à retrouver plus rapidement l'énergie nécessaire pour prendre soin de son enfant, l'infirmière peut tenir compte des demandes de la mère et négocier graduellement des périodes de repos et d'activité.

RESTRUCTURATION DU SOIN

Il est possible parfois qu'il faille tout simplement restructurer le soin, puisque certaines pratiques vont à l'encontre de valeurs morales profondes de la famille. Par exemple, dans certaines cultures, il est interdit de parler ouvertement de la sexualité, y compris de la contraception, en présence d'une femme ou d'un homme. Il importe donc à l'infirmière d'être attentive à ces codes de conduite et, par conséquent, de moduler son approche.

Ouverture aux autres cultures, curiosité et souplesse permettent d'acquérir les connaissances nécessaires pour dispenser des soins pertinents sur le plan culturel, qui visent le bien-être de l'ensemble de la population.

QUESTIONS POUVANT ÊTRE POSÉES AUX DEUX PARENTS POUR FAVORISER L'EXPRESSION DE LEURS CROYANCES ET PARTICULARITÉS CULTURELLES

- Où êtes-vous né? Depuis combien de temps êtes-vous au Canada, ou au Québec?

- Vous identifiez-vous à une culture spécifique?

- Le sexe du bébé a-t-il une signification particulière pour vous?

- Pouvez-vous décrire des coutumes ou croyances qui sont importantes pour vous et qui peuvent influencer les soins que vous et votre bébé recevez?

- Chaque pays a développé des pratiques pour donner des soins aux mères et aux bébés. Pouvez-vous me faire part de la façon dont les soins sont donnés dans votre pays?

- Quelles pratiques sont les plus importantes pour vous?

- Pouvez-vous m'expliquer ce que telle pratique signifie? (Question posée dans le but d'aider l'infirmière à comprendre le soin générique transmis de génération en génération sur le plan des rituels, symboles, etc.)

- Avez-vous des préférences alimentaires? Y a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger en raison de croyances culturelles ou religieuses?

RÉFÉRENCES

Kérouac, S., J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette et F. Major. 1994. *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études vivantes.

Kuster, M., C. Goulet et J. Pépin. 2002. «Significations du soin postnatal pour les immigrants algériens». *Infirmière du Québec*, volume 10, numéro 1, p. 12-23.

Leininger, M.M. 1991. *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*. New-York: National League for Nursing Press.

Longdon, C. 2001. «Helping hands. Exploring the cultural implications of social support during pregnancy». *Aubonn Lifelines*, volume 4, numéro 6, p. 29-32.

Santé Canada. 1997. *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada*. Canada: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada. ◄

Prévention et dépistage de la violence conjugale

En collaboration avec l'infirmière, la mère a l'opportunité d'exprimer ses préoccupations face à la violence conjugale.

DÉFINITION

La notion de violence conjugale inclut les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une certaine perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle (MSSS, 1998).

STATISTIQUES

- 50 % des femmes abusées durant la grossesse rapportent que les abus ont débuté pendant cette période.
- 95 % des femmes abusées durant le premier trimestre de leur grossesse ont aussi été abusées dans les 3 mois qui ont suivi la naissance.
- La littérature démontre un lien solide (environ 50 %) entre la violence conjugale et les abus chez les enfants. En conséquence, intervenir auprès des femmes abusées est en quelque sorte une façon de faire de la prévention auprès des enfants abusés (Thompson *et al.*, 2001).
- La prévention des femmes abusées est une priorité nationale, et des experts estiment que le taux de femmes abusées pourrait être réduit de 75 % si une identification et des interventions étaient pratiquées dans les milieux de soins primaires (Thompson *et al.*, 2001).

CARACTÉRISTIQUES

La violence conjugale :

- peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.
- touche toutes les classes sociales, ethnies, religions et niveaux d'éducation.
- semble encore plus sévère chez les femmes enceintes, qui rapportent avoir été victimes de violence sévère 4 fois plus souvent que les autres femmes abusées.
- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande de faire un dépistage de la violence conjugale auprès de toutes les femmes, et non seulement les femmes pour lesquelles les soupçons sont identifiés (SOGC, 1998).
- Les infirmières et intervenants qui travaillent auprès des femmes en âge de procréer ont une opportunité unique d'intervenir dans le cycle de la violence. Cette intervention débute en évaluant toutes les femmes sur le plan de la violence conjugale durant l'entrevue clinique.
- Il est important de faire des dépistages répétés, étant donné que la violence conjugale peut se déclarer à tout moment, et que la femme qui en est victime ne peut être prête à le déclarer qu'à un moment ultérieur.
- En période de post-partum, les exigences de l'arrivée du nouveau-né (pleurs du bébé, manque de sommeil...) peuvent exacerber le climat familial et provoquer l'apparition ou l'augmentation de situations de violence conjugale. Le risque d'abus durant cette période est aigu. Il est donc important d'assurer un suivi étroit, d'établir un réseau de soutien avec la communauté.

FACTEURS DE RISQUE RELIÉS À LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES DURANT LA GROSSESSE

- Grossesse non planifiée ou non désirée.
- Avortement, fausse couche à répétition.
- Blessure ou complication, spécialement lorsque les symptômes sont non expliqués.
- Naissance d'un bébé de petit poids ou naissance préterme.
- Maladie transmise sexuellement
- Usage de drogues
- Tentative de suicide
- Suivi inadéquat ou tardif
- Nutrition et diète pauvres
- Difficultés liées aux tâches parentales.
- Dépression, troubles d'anxiété et peur.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

ALERTE

La femme:

- **rapporte, de façon évasive, avoir subi beaucoup de stress dernièrement.**
- **s'est séparée de son partenaire depuis le début de la grossesse.**
- **est réticente à se dévêtir pour un examen physique.**
- **a une réaction extrême lors de l'examen physique.**
- **a un conjoint qui a des comportements intrusifs lors de l'entrevue (il est d'apparence surprotecteur, il refuse de laisser sa conjointe seule).**
- **présente une douleur pelvienne non objectivée par l'examen physique.**
- **a subi plusieurs avortements spontanés ou thérapeutiques.**
- **consulte pour des problèmes physiques vagues, dont aucun résultat de laboratoire ou examen physique ne réussit à objectiver les problèmes.**

L'ABCDES DE L'INTERVENTION AUPRÈS DE LA FEMME ABUSÉE (Extrait de Lowdermilk, 2002. Traduction libre par Lise Ross)

A (*not alone*) Rassurer la femme sur le fait qu'elle n'est pas seule.

B (*expressing the belief*) Exprimer la conviction que la violence faite aux femmes est inacceptable et que la femme n'est pas fautive.

C (*confidentiality*) Rassurer la cliente quant au fait que la rencontre demeure confidentielle. Les femmes ont souvent peur des représailles de leur conjoint.

D (*documention*) Documenter toutes les informations objectives, les faits, descriptions exactes des blessures, évolution des agressions, fréquence, intensité, dernier incident de violence.

E (*education*) Expliquer le cycle de la violence. Informer de la possibilité d'une escalade des agressions avec le temps.

S (*safety*) Pour sa sécurité, informer la cliente des ressources disponibles. Voir à élaborer un plan d'action advenant le besoin de quitter rapidement la maison: sac de vêtements déjà prêt, argent, carnet de chèques, documents légaux pour identification, clés de la voiture, adresse du CLSC et numéros de téléphone importants (Info-santé, SOS Violence conjugale (service d'écoute et référence au Québec en matière de violence conjugale et de ressources d'hébergement, 24 h par jour, 514-873-9010 ou 1-800-363-9010)).

BOÎTE À OUTILS

Grille de dépistage de la violence conjugale

RÉFÉRENCES

Betts-Cohau, T. et P.P. Hoyer. 1997. «Domestic violence: Are you professional pledges such as "nightingale pledge" obsolete?», première partie. *The Journal of Perinatal Education*, volume 6, numéro 4, p. 18-27.

Gaines, K.A. 1997. «Part II, Abuse and pregnancy: What every childbirth educator/nurse should know». *The Journal of Perinatal Education*, volume 6, numéro 4, p. 24-38.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry, I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Martin, S.L., L. Mackie, L. Kupper, P.A. Buescher et K.E. Moracco. 2001. «Physical abuse of women before, during and after pregnancy». *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, volume 285, numéro 12, p. 1581-1584.

McFarlane, J., B. Parker, K. Soeken, C. Silva et S. Reel. 1998. «Safety behaviors of abused women. An intervention during pregnancy». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 27, numéro 1, p. 64-69.

McFarlane J. et E. Gondolf. 1998. «Preventing abuse during pregnancy: a clinical protocol», *MCN*, volume 237, numéro 1, p. 22-26.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998. *Protocole de dépistage et guide d'intervention. Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale*. Québec: MSSS.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 1998. *Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, supplément, décembre, p. 19-24.

Thompson, R.S. et R. Krugman. 2001. «Screening mothers for intimate partner abuse at well-baby care visits the right thing to do». *JAMA*, numéro 12, p. 1629-1630. ◄

Bibliographie

Adams, M.D. 2000. «Breastfeeding and oral contraceptives. Exploring opinions on the options». *Aubonn Lifelines*, juin-juillet 2000, p. 45-47.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAÉS). 2002. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant: service, recommandations et références professionnels.* Paris: ANAÉS. www.anaes.fr

Bazinet, D. 2002. *Quelques exercices et conseils généraux en période postnatale.* Saint-Eustache: Centre hospitalier Saint-Eustache.

Beck, C.T. 1998. «A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 27, numéro 1, p. 39-45.

Beck, C.T. 1999. «Postpartum depression. Stopping the thief that steals motherhood». *Aubonn Lifelines*, volume 3, numéro 4, p. 41-44.

Beck, C.T. 2001. «Predictors of postpartum depression, an update». *Nursing Research*, volume 50, numéro 5, p. 275-285.

Beck, C.T. 2002. «Revision of the postpartum depression predictors inventory». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 31, numéro 4, p. 394-402.

Beck, C.T. 2002. «Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implication». *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, volume 27, numéro 5, p. 283-287.

Betts-Cohau, T. et P.P. Hoyer. 1997. «Domestic violence: Are you professional pledges such as "nightingale pledge" obsolete?», première partie. *The Journal of Perinatal Education*, volume 6, numéro 4, p. 18-27.

Bozoky, Y. et E.J. Corwin. 2002. «Fatigue as predictor of postpartum depression». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 31, numéro 4, p. 436-443.

Désaulniers, L. et L. Lambert-Lagacé. 2001. *Le végétarisme à temps partiel. Le plaisir de mieux manger sans viande.* Montréal: Les éditions de l'Homme.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Dubuc-Brault, M. et L. Lahaie-Caron. 2003. *Valeur nutritive des aliments.* Saint-Lambert: Société Brault-Lahaie.

Duhamel, F. 1995. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.* Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

Dumoulin, C. 2000. *En forme après bébé. Exercices et conseils.* Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Dumoulin, C. 2003. *En forme après bébé. Mise à jour des exercices et conseils.* Actes du 8e colloque en périnatalité. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Gaines, K.A. 1997. «Part II, Abuse and pregnancy: What every childbirth educator/nurse should know». *The Journal of Perinatal Education*, volume 6, numéro 4, p. 24-38.

Goulet, O. et C. Dallaire. 2002. *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives.* Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

Hale, T.W. 1999. *Clinical Therapy in Breastfeeding Patients.* Texas Tech University School of Medecine: Texas.

Hale, T.W. 2002. *Medications and Mothers' Milk.* 10e édition. Texas Tech University School of Medecine: Texas.

Kaplan H. et B. Sadock. 1998. *Synopsis of Psychiatry*, 8e édition. Baltimore: Williams & Willkins.

Kennedy, K.Y. 1996. «Post-partum contraception, a review.» *Baillieres Clinical Obstetrical Gynaecology*, volume 10, numéro 1, p. 25-41.

Kérouac, S., J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette et F. Major. 1994. *La pensée infirmière.* Laval: Éditons Études vivantes.

Kuster, M., C. Goulet et J. Pépin. 2002. «Significations du soin postnatal pour des immigrants algériens». *Infirmière du Québec*, septembre-octobre, p. 12-23.

Lambert-Lagacé, L. 1999. *Comment nourrir son enfant.* Montréal: Les éditions de l'Homme.

Larkin, V. et M. Butler. 2000. «The implications of rest and sleep following childbirth». *British Journal of Midwifery*, volume 8, numéro 7, p. 438-442.

Lee, K.A. et M. Zaffke. 1999. «Longitudinal changes in fatigue and Energy during pregnancy and the postpartum period». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 28, numéro 2, p. 183-191.

Leininger, M.M. 1991. *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing.* New-York: National League for Nursing Press.

Leonard, N. et D. Paul. 1996. «Devenir parents. Les facteurs liés au sentiment de compétence». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 1, p. 38-46.

Ligue La Lèche. 1999. *Traité de l'allaitement maternel.* Saint-Hubert: Ligue La Lèche.

Longsdon, C. 2001. «Helping hands. Exploring the cultural implications of social support during pregnancy». *Aubonn Lifelines*, volume 4, numéro 6, p. 29-32.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Maley, B. 2002. «Creating a postpartum depression support group». *Aubonn Lifelines*, volume 6, numéro 1, p. 62-65.

Martin, S.L., L. Mackie, L. Kupper, P.A. Buescher et K.E. Moracco. 2001. «Physical abuse of women before, during and after pregnancy». *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, volume 285, numéro 12, p. 1581-1584.

McFarlane J. et E. Gondolf. 1998. «Preventing abuse during pregnancy: A clinical protocol», *MCN*, volume 237, numéro 1, p. 22-26.

McFarlane, J., B. Parker, K. Soeken, C. Silva et S. Reel. 1998. «Safety behaviors of abused women. An intervention during pregnancy». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 27, numéro 1, p. 64-69.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998. *Protocole de dépistage et guide d'intervention. Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale.* Québec: MSSS.

Neghlig, A. et G. Debry. 1994. «Consequences on newborn of chronic maternal consumption of coffee during gestation and lactation, a review». *Journal of American College, Nutrition*, volume 13, numéro 1, p. 6-21.

Paul, D., C. Lambert, D. St-Cyr - Tribble et P. Leber. 1997. «Tendre la main aux nouveaux parents: écouter ou informer?». *L'infirmière du Québec*, volume 4, numéro 5, p. 28-34.

Potter, A. et A.G. Perry. 2002. *Soins infirmiers.* Tome 2 (traduction). Laval: Éditions Études vivantes.

Protocoles Info-santé. *Boire et manger.*

Régie régionale de la santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. 2001. *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité. CH/CLSC/médecins traitants. Période postnatale.* Montréal: RRSSS Montréal-Centre.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2000. *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité. Centres hospitaliers accoucheurs/CLSC/médecins traitants. Période postnatale.* Montréal: RRSSS Montréal-Centre.

Riodan, J., et K. Auerbach. 1998. *Breastfeeding and Human Lactation.* Toronto: Jones and Bartlett Publishers Canada.

Sampselle, C. et J. Miller. 1996. «Pelvic muscle exercise: Effective patient teaching». *The Female Patient*, volume 21, numéro 5, p. 29-36.

Sampselle, C., J. Seng, S. Yeo, C. Killion et D. Oakley. 1999. «Physical activity and postpartum well-being». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, volume 28, numéro 1, p. 41-49.

Santé Canada. 1997. *Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada.* Canada: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada.

Santé Canada. 2000. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Lignes directrices nationales.* Ottawa: Publications Santé Canada.

Santé Canada. 2000. *Nutrition pour une grossesse en santé. Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer.* Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada.

Shortell S.M., R.R. Gillies et D.A. Anderson. 1994. «The new world of managed care: Creating organized delivery systems». *Health Affairs,* volume 13, numéro 5, p. 46-64.

Sims, L.K., D. D'Amico, J.K. Stiesmeyer et J.A. Webster. 1995. *Health Assessment in Nursing.* Redwood City, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 1998. *Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,* supplément, décembre, p. 19-24.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2000. *Au-delà du plaisir. Guide canadien sur la contraception.* Ottawa: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Thome, M. 1999. «A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community». *Journal of Advance Nursing,* volume 29, numéro 1, p.128-137.

Thompson, R.S. et R. Krugman. 2001. «Screening mothers for intimate partner abuse at well-baby care visits the right thing to do». *JAMA,* volume 285, numéro 12, p. 1629-1630.

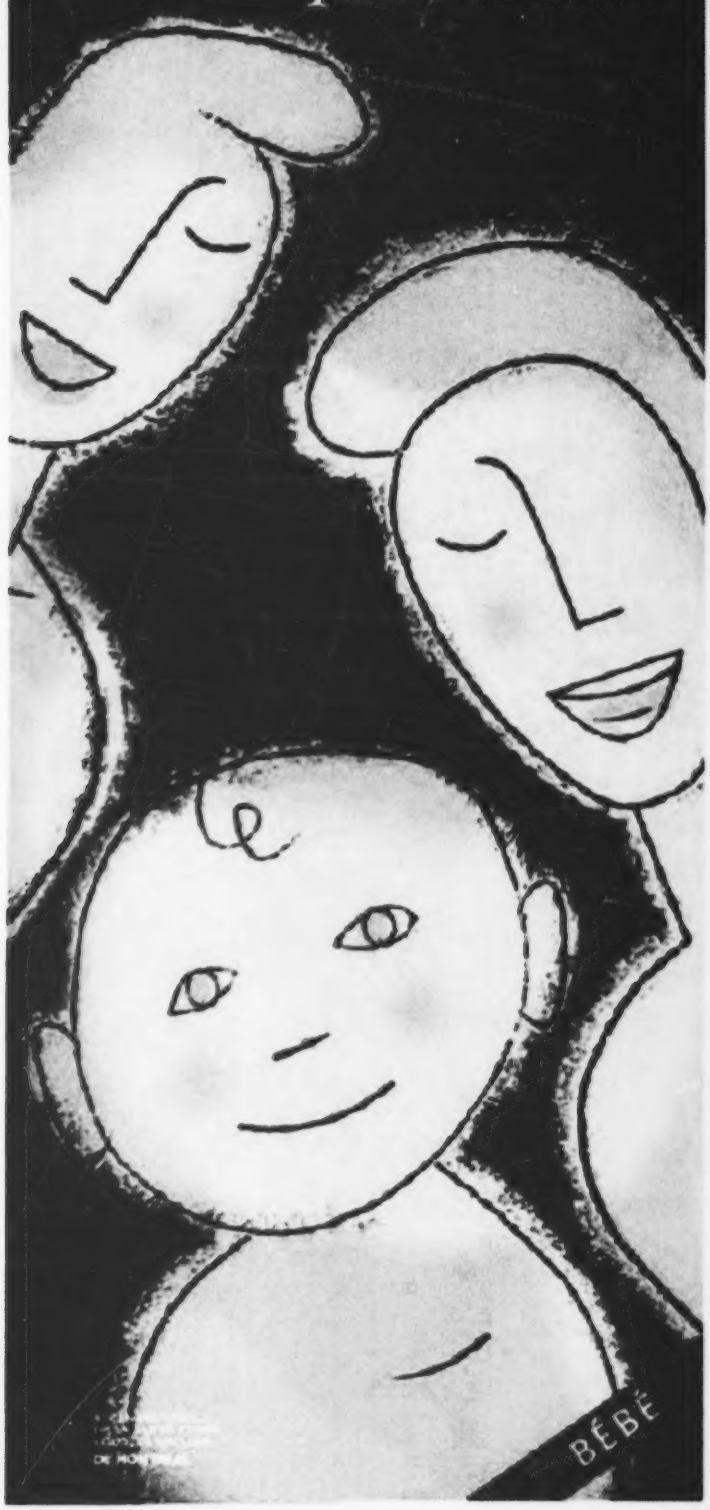
Troy, N.W. et P. Dalgas-Pelish. 1995. «The development of a self-care guide for post-partum fatigue». *Applied Nursing Research,* numéro 8, p. 92-98.

Walter, M.A. et K.A. Lee. 1996. «Differences between primigravidae and multigravidae mothers in sleep disturbances, fatigue, and functional status». *Journal of Nurse-Midwife,* volume 41, numéro 5, p. 364-367.

Wright, L.M. et M. Leahey. 1995. *Guide d'évaluation et d'intervention. L'infirmière et la famille.* Adaptation française de Lyne Cloutier. Montréal: ERPI, Éditions du renouveau pédagogique. ◄

GUIDE DE SANTÉ POSTNATALE

Neuf mois plus tard...



GUIDE DE SANTÉ POSTNATALE

Neuf mois plus tard...

un enfant naît, la famille grandit

BÉBÉ

Table des matières

bébé

- **Allaitement maternel** 83
  - Anatomie et physiologie du sein 84
  - Évolution du lait maternel 88
  - Mise au sein 90
    Première mise au sein, comportement du bébé, positions d'allaitement, expression manuelle du lait.
  - Difficultés de la mise au sein 98
    Douleur aux seins, engorgement, insuffisance de lait, reflexe d'éjection puissant, positionnement de la langue.
  - Situations particulières 105
  - Séparation mère-bébé 105
    Expression avec tire-lait électrique, conservation du lait.
  - Naissance multiple 112
  - Césarienne 114
- **Substituts de lait maternel** 115
  Préparation et conservation des formules de lait, administration des boires.
- **Élimination des selles et des urines** 122
- **Soins du cordon ombilical** 125
- **Ictère du nouveau-né** 126
- **Soins des fesses et organes génitaux** 132
- **Température et fièvre** 134
- **Circoncision** 140

Dimension psychosociale 145

- **Comportements du nouveau-né** 147

Prévention 153

- **Syndrome de mort subite du nourrisson** 155
- **Syndrome du bébé secoué** 159
- **Sièges d'auto, lits d'enfants et exposition au soleil** 164

BIBLIOGRAPHIE 167

Section *maman* au recto

DIMENSION

BIOLOGIQUE

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Allaitement maternel

Les parents connaissent les méthodes d'alimentation recommandées pour la première année de vie.

L'allaitement maternel est reconnu comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les enfants. Il est maintenant largement accepté que, même dans nos sociétés industrialisées, il diminue le risque et la gravité des infections respiratoires et gastro-intestinales chez les nourrissons. De multiples autres bénéfices, qui ont trait à la santé de la mère, à la santé et au développement intellectuel de l'enfant, et au bien-être de la société, sont aussi confirmés par la littérature sur le sujet (MSSS, 2002). *(voir page 121 le tableau des organismes en faveur de l'allaitement maternel)*

Dr Suzanne Dionne *(1996)* présente, de façon décroissante, les types de laits et leurs modes d'administration.

CLASSIFICATION DES LAITS POUVANT ÊTRE OFFERTS AU BÉBÉ

PLUS RECOMMANDÉ

▲

Lait humain, directement du sein de la mère

Lait humain frais, d'un contenant au bébé

Lait humain réfrigéré, d'un contenant au bébé

Lait humain congelé, d'un contenant au bébé

Lait humain de banque de lait, d'un contenant au bébé

Lait artificiel à base de lait de vache, d'un contenant au bébé

Lait artificiel à base de soya, d'un contenant au bébé

Lait de vache modifié, d'un contenant au bébé

▼

MOINS RECOMMANDÉ

SOUTIEN FINANCIER

Les femmes qui sont prestataires de la Sécurité du revenu (aide sociale) et qui donnent naissance à un enfant peuvent recevoir une prestation spéciale d'allaitement. Une somme de 55 $ par mois est versée à la mère qui allaite son enfant, jusqu'au moment où celui-ci atteint l'âge de 1 an. Pour recevoir cette prestation, la mère doit fournir à l'agent du Centre local d'emploi une déclaration confirmant qu'elle allaite, en indiquant la durée de la période d'allaitement.

Anatomie et physiologie du sein

La mère connaît le rôle des principales composantes de la glande mammaire.

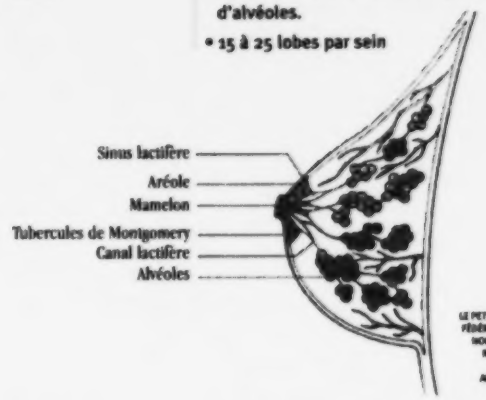
La mère comprend les principes liés à la production du lait maternel.

INFORMATION AUX PARENTS

Anatomie du sein

COMPOSANTES DU SEIN	CARACTÉRISTIQUES
TISSU GLANDULAIRE	• Produit et transporte le lait.
TISSU CONJONCTIF	• Soutient le sein.
SANG	• Le sein est grandement vascularisé. • Fournit les nutriments au lait maternel. • Nourrit les tissus du sein.
LYMPHE	• Agent essentiel à la défense de l'organisme et à la résistance aux maladies. • La majorité des vaisseaux lymphatiques joignent les ganglions axillaires (sous les aisselles).
NERFS	• L'innervation du sein débute à partir des 4e, 5e et 6e nerfs intercostaux. • Aréole, partie la plus sensible du sein. • Mamelon, partie la moins sensible du sein.
TISSU ADIPEUX	• Offre une protection contre les blessures.

COMPOSANTES DE LA GLANDE MAMMAIRE	
ALVÉOLE	• Unité de base de la glande mammaire sous forme de grappes. • Sécrète le lait. • Entourée de cellules myoépithéliales, qui favorisent l'éjection du lait sous l'action de l'ocytocine.
CANALICULE	• Branche ou petit canal qui permet de collecter le lait provenant des alvéoles.
CANAL LACTIFÈRE (galactophore)	• Canal plus grand qui permet la trajectoire du lait vers le sinus lactifère.
SINUS LACTIFÈRE	• L'élargissement du canal lactifère (situé sous l'aréole et le mamelon); permet au lait de s'accumuler. • Une prise adéquate de l'aréole permet au bébé de comprimer les sinus lactifères et de recevoir le lait maternel.
LOBE	• Correspond à une branche importante d'alvéoles. • 15 à 25 lobes par sein



LE PETIT MOURRI-SOURCE, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE MOURRI-SOURCE, 1999. REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE LA FÉDÉRATION.

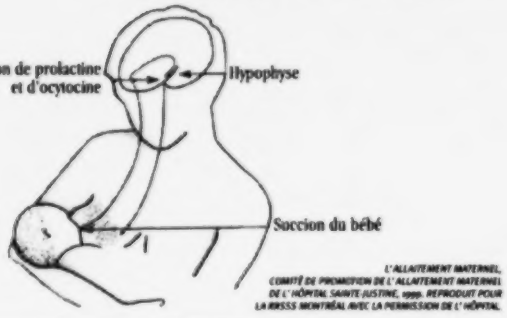
MAMELON	• Le rétrécissement des sinus lactifères forme une ouverture sur le mamelon, c'est le pore du mamelon. • 15 à 20 pores par mamelon
ARÉOLE	• Zone la plus foncée du sein; pigmentation et diamètre augmentent durant la grossesse. • Peut servir de cible au bébé pour repérer le centre du sein.
TUBERCULES DE MONTGOMERY	• Situés sur l'aréole. • Se gonflent durant la grossesse. • Lubrifient l'aréole. • Modifient le pH de la peau et empêchent la prolifération de bactéries sur le mamelon et l'aréole. • 4 à 28 tubercules de Montgomery par sein

VARIATIONS	
ASYMÉTRIE DES SEINS	• Fréquente • Sein gauche souvent plus gros que sein droit
COULEUR DE L'ARÉOLE ET DU MAMELON	• Rose chez les femmes blondes • Brune chez les femmes brunettes • Noire chez les femmes à la peau foncée
MAMELON SURNUMÉRAIRE	• Peut se développer sur la lignée mammaire. • La ligne mammaire va de la région axillaire à la région inguinale.

	• Se développe le plus souvent à la région axillaire et sur le thorax. • Peut grossir et devenir sensible durant la période de lactogénèse II (montée laiteuse). Se résorbe par la suite.
MAMELONS PLATS ET INVAGINÉS	• La saillie des mamelons s'améliore durant la grossesse, et continue de s'améliorer à chaque grossesse et période d'allaitement. • Comme le bébé apprend à téter sur l'aréole, la forme du mamelon est secondaire. Par ailleurs, dans certaines circonstances, la mère ayant des mamelons invaginés peut avoir besoin d'un soutien particulier.

Physiologie du sein

HORMONES	CARACTÉRISTIQUES
ŒSTROGÈNE	• Augmente au cours de la grossesse. • Favorise la croissance des canalicules.
PROGESTÉRONE	• Favorise le développement des alvéoles et des lobes.
PROLACTINE	• Présente en faible quantité durant la grossesse, elle fait augmenter le volume de la glande mammaire.
Rôle de la prolactine	• Essentielle à la production du lait maternel. • Amène une sensation de bien-être et de calme durant l'allaitement. • Retarde le retour à l'ovulation.
Physiologie	• Un taux élevé de progestérone et d'œstrogène durant la grossesse inhibe la libération de prolactine en grande quantité. • À la séparation du placenta, il y a chute abrupte de progestérone et d'œstrogène, ce qui favorise une libération importante de la prolactine. • La succion du bébé stimule les nerfs sous l'aréole; un signal est envoyé à l'hypothalamus. • L'hypothalamus stimule la libération de la prolactine qui est produite par l'hypophyse antérieure.
Mère qui n'allaite pas et prolactine	• Le niveau de prolactine diminue au même niveau qu'avant la grossesse.
OCYTOCINE	• Est libérée par l'hypophyse postérieure en réponse à la succion du bébé.
Rôle de l'ocytocine	• Essentielle à l'éjection du lait maternel. • Augmente dans le sang après une stimulation de 1 min , demeure élevée tout au long de la stimulation, et retourne au niveau de base environ 6 min après que la stimulation ait cessé. • L'augmentation du niveau d'ocytocine provoque le réflexe d'éjection. Le réflexe d'éjection est une contraction des cellules musculaires qui entourent les alvéoles (petits sacs de la glande mammaire qui collectent et sécrètent le lait). Cette contraction musculaire éjecte le lait vers les ouvertures du mamelon. • Fait contracter l'utérus ce qui, en retour, aide à contrôler les hémorragies et favorise l'involution utérine. Ces contractions peuvent persister jusqu'à 20 min après la tétée.



L'ALLAITEMENT MATERNEL, COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, 1999. REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.

RÉFLEXE D'ÉJECTION **Signes perçus chez la mère**	• Au niveau des seins : picotements, chaleur, écoulement du lait avec ou sans jet, gonflement des alvéoles (petites bosses qui apparaissent soudainement autour du sein). Tranchées utérines, sensation intense de soif, sensation de détente.
Signes observés chez le bébé	• Changement dans le rythme de succion et de déglutition. • Les mouvements de succion deviennent plus lents, le bébé avale régulièrement et respire après un ou deux mouvements de succion. • Du lait apparaît au coin de la bouche de bébé.
CARACTÉRISTIQUES DU RÉFLEXE D'ÉJECTION	• Durant une même tétée, il est possible d'avoir plus d'un réflexe d'éjection. • Certaines femmes ressentent le réflexe d'éjection, tandis que d'autres ne le ressentent pas, même s'il est présent. • Le réflexe d'éjection est indépendant de la volonté et de la conscience. Il peut être lié à l'état émotionnel de la mère. Ainsi la détente et le repos favorisent le réflexe d'éjection. • Il peut survenir dès que la mère met le bébé au sein, ou après une ou quelques minutes de tétées. Il peut même aussi survenir lorsque la mère pense au bébé.

FACTEURS QUI INHIBENT LE RÉFLEXE D'ÉJECTION	• Fatigue, stress, douleur, manque de confiance en ses capacités d'allaiter, certains médicaments (ex.: contraceptifs oraux à base d'œstrogène), usage de nicotine et d'alcool.

Évolution du lait maternel

La mère connaît les caractéristiques du lait et son évolution au cours de la lactation.

INFORMATION AUX PARENTS

ÉVOLUTION DU LAIT MATERNEL	CARACTÉRISTIQUES
COLOSTRUM	• Premier lait • Présent les 3 premiers jours, il diminue graduellement par la suite pour être remplacé par le lait de transition et le lait mature. • Épais • Coloration jaunâtre due à la présence de la ß-carotène. • Riches en minéraux, et protéines telles les immunoglobulines. • Teneur en gras et glucides plus faible que le lait mature. • Le volume moyen par 24 h dépend du nombre de boires: environ 30 ml et peut varier de 7 ml à 123 ml. • Volume par boire varie de 7 ml à 14 ml. • Les mères qui ont eu d'autres grossesses et ont allaité auraient au départ un volume de colostrum plus grand, qui augmente aussi plus rapidement.
Propriétés	• Facile à digérer. • Facilite le transit intestinal et l'évacuation du méconium, ce qui diminue les risques d'ictère. • Favorise la croissance de la flore intestinale. • Protège le bébé contre les infections (concentration d'immunoglobulines élevée).

ALLAITEMENT MATERNEL

ÉVOLUTION DU LAIT MATERNEL

LAIT DE TRANSITION	• Lait produit entre le colostrum et le lait mature. • Ses composantes changent graduellement. • Apparaît vers la 3e, 4e journée. • Le volume de lait produit vers la 5e journée est d'environ 500 ml par 24 h.
LAIT MATURE	• Apparaît de façon plus importante entre la 8e et la 15e journée. • Coloration bleutée, blanchâtre • Augmentation de la concentration de lactose et de lipides • Diminution de la concentration en protéines • Diminution de la concentration en immunoglobulines. Noter cependant que la quantité totale d'immunoglobulines demeure relativement constante au cours de la lactation, compte tenu que le volume de lait maternel augmente avec la croissance du bébé. • Contient environ 10% de matières solides pour fournir de l'énergie et maintenir la croissance. Le reste est composé d'eau. Cette forte proportion d'eau répond au grand besoin d'hydratation du bébé. Des concentrations similaires se retrouvent chez presque tous les mammifères, à l'exception de certaines espèces arctiques (phoque, baleine). • Change de composition durant la tétée: plus aqueux en début de tétée pour étancher la soif du bébé, et plus riche en gras et en calories en fin de tétée pour satisfaire la faim de l'enfant.
Propriétés	• Complètement adapté pour la croissance et le développement du cerveau du bébé. • Facile à digérer. • Absorption optimale • Qualités immunitaires uniques (diminue les risques de gastro-entérite, entérocolite nécrosante, infection des voies respiratoires et otite).

Mise au sein

La mère démontre des connaissances et des habiletés quant à la mise au sein du nouveau-né.

INFORMATION AUX PARENTS

Première mise au sein

Dans la première heure suivant la naissance, le bébé est souvent alerte et démontre une succion vigoureuse.

QUE FAIRE POUR FAVORISER LA TÉTÉE DU BÉBÉ ?

Après la naissance, mettre le bébé en contact peau à peau avec sa mère lui permet d'explorer et de lécher le sein. Stimuler le réflexe de fouissement (réflexe de la recherche du sein), en chatouillant la bouche du bébé avec le mamelon. Exprimer quelques gouttes de colostrum pour encourager le bébé à lécher et à téter. (*voir expression manuelle du lait maternel, p. 97*)

COMMENT RECONNAÎTRE QUE LA MISE AU SEIN EST ADÉQUATE ?

- Amener le bébé vers le ventre de la mère de façon à ce que l'oreille, l'épaule et la hanche soient sur une même ligne droite.
- Attendre que le bébé ouvre grand la bouche.
- Approcher le bébé du sein, de façon à ce que son menton touche le sein en premier.

L'ALLAITEMENT MATERNEL, COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, 1999. REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.

- S'assurer que le bébé prenne une plus grande partie du bas de l'aréole.
- Vérifier si les lèvres du bébé sont retroussées et si le menton touche le sein.
- Une succion adéquate est forte et non douloureuse. Le bébé tète, prend une courte pause et recommence; il avale.
- Recommencer si le bébé fait des pauses trop longues (plus que quelques secondes), s'il ne tète pas, si la mère ressent de la douleur, ou si le bébé pleure ou lâche le sein.
- Il arrive que le bébé n'accepte pas tout de suite de boire après la naissance. Le contact peau à peau avec sa mère favorise l'accointance.
- Il y a peu de chance de réussir à mettre le bébé au sein si ce dernier pleure ou baille. Il a la bouche grande ouverte, mais son réflexe de succion est absent.
- Des résultats d'études ont démontré que les nouveau-nés qui bénéficient du contact peau à peau dans les 90 min suivant la naissance pleurent beaucoup moins (Christensson *et al.*, 1995).

Suite à la naissance

COHABITATION

Elle est encouragée de façon continue car elle permet :

- aux parents de répondre rapidement aux signaux de l'enfant, entre autres les signes de faim, et de répondre à ses besoins dans les plus brefs délais. (*voir signes de faim ci-dessous*)
- de découvrir les comportements du nouveau-né, de se familiariser avec les soins à lui donner, de façon à être en confiance lors du retour à la maison.

COMPORTEMENTS DU BÉBÉ AVANT LA TÉTÉE

- Après la période d'éveil suivant la naissance, la plupart des bébés s'endorment et semblent récupérer. Certains se montrent peu intéressés à l'allaitement maternel, tandis que d'autres démontrent des signes de faim après quelques heures de récupération.
- Observer le bébé et lui offrir le sein lorsqu'il démontre des signes de faim.
- Ces signes peuvent apparaître dans la période de sommeil léger, de somnolence, et lorsqu'il est éveillé.

SIGNES DE FAIM

- Mouvements rapides des globes oculaires sous les paupières
- Mouvements de la bouche
- Mouvements de succion
- Mimiques faciales
- Déplacement de la main vers la bouche ou le visage
- Mouvement des bras et des jambes
- Réflexe de fouissement (recherche du sein)
- Pleur

Le pleur est un signe de faim tardif. L'irritabilité ou l'impatience du bébé peut rendre la mise au sein difficile.

REPÈRE ANATOMIQUE

• L'estomac du bébé naissant a la grandeur d'un pois chiche. Il a besoin de 10 ml à 100 ml de lait par 24 h les deux premiers jours. Le colostrum répond donc entièrement aux besoins du nouveau-né, tant dans sa composition que dans sa qualité.

FRÉQUENCE DES TÉTÉES

- Il est attendu que le bébé tète 8 à 12 fois par 24 h, à la demande.
- Ces périodes d'allaitement sont entrecoupées de périodes de sommeil et d'éveil.
- Certains bébés font des tétées regroupées à certaines périodes de la journée, et plus espacées à d'autres périodes. Tout cela est normal. L'important c'est qu'il tète régulièrement pour ingérer une quantité suffisante de lait et pour en stimuler la production.

DURÉE DES TÉTÉES

- Il n'y a pas de durée idéale pour téter. À titre indicatif, les tétées peuvent durer de 5 min à 30 min par sein. Chaque bébé a son propre rythme, sa propre personnalité. Laisser le bébé téter jusqu'à ce qu'il arrête de lui-même.
- Au fur et à mesure que le bébé vieillit, les tétées tendent à durer moins longtemps.
- Une tétée ne devrait pas durer plus d'une heure. Au besoin, faire évaluer la prise du sein et la qualité de la succion du bébé, par une infirmière ou un personne compétente en allaitement maternel.

COMPORTEMENT DU BÉBÉ DURANT LA TÉTÉE

- Au début de la tétée, le bébé tète rapidement pour activer le réflexe d'éjection.
- Lorsque le réflexe de succion est présent, la succion devient plus lente et profonde.
- Le bébé peut faire des pauses durant la tétée. Elles deviennent de plus en plus longues au fur et à mesure qu'il se satisfait.
- Stimuler le bébé qui n'a pas tendance à reprendre la succion de façon spontanée (frotter la plante du pied, caresser la joue, masser le dos).

INTERRUPTION DE LA SUCCION

- Si la succion demeure faible et courte, l'interrompre en introduisant l'index au coin de la bouche, et la briser en plaçant le doigt entre les gencives.

L'ALLAITEMENT MATERNEL, COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, 1999. REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.

- Faire faire un rot, changer la couche et offrir le deuxième sein. Si bébé refuse, il est satisfait.

ROT Frotter doucement le dos du bébé durant 1 min à 3 min et vérifier s'il a encore faim, car l'air avalé peut avoir comblé un espace dans l'estomac. Ne pas insister si le rot ne vient pas.

- Au prochain boire, offrir d'abord le sein auquel le bébé a peu bu ou pas du tout.

COMPORTEMENT DU BÉBÉ SATISFAIT APRÈS LA TÉTÉE

- Il se détache de lui-même.
- Il est détendu (ses membres sont complètement détendus et en extension).
- Il dort paisiblement.

AUTRES SIGNES POUR SAVOIR SI LE BÉBÉ BOIT SUFFISAMMENT

- Durant les 5 premiers jours, le bébé mouille un nombre de couches qui correspond au nombre de jours de vie : jour 1, 1 couche; jour 2, 2 couches; jour 4, 4 couches...
- À partir de la 6e journée, le bébé mouille au moins 6 couches par jour.
- À partir de la 3e journée, le bébé fait au moins 3 selles par jour, brunâtres ou jaunâtres et souvent liquides.
- Le bébé est vigoureux (ses pleurs sont puissants, il bouge beaucoup). Le regard est brillant et alerte.
- Un allègement est ressenti au niveau des seins.
- Après la perte de poids initiale des 3 à 4 premiers jours, le bébé grandit et reprend son poids de naissance entre le 10e et 14e jour.

DIFFÉRENCE ENTRE RÉGURGITATION ET VOMISSEMENT

RÉGURGITATION

- Rejet d'une petite quantité de lait (5 ml à 15 ml); c'est normal au moment du rot ou après le boire.
- Elle disparaît vers l'âge de 1 an.
- Non inquiétante chez l'enfant qui prend du poids, qui ne tousse pas et qui est de belle humeur.

VOMISSEMENT

- Éjection du contenu de l'estomac.
- Le vomissement occasionnel de l'enfant qui a trop mangé n'est pas inquiétant.

ALERTE

► Consulter s'il y a vomissement en jets répétitifs.

Position de la mère

Il existe plusieurs positions pour allaiter le bébé. La mère devrait choisir une position avec laquelle elle est confortable. Souvent les mères adoptent spontanément la «madone». Si la mère est confortable avec cette position, elle peut la maintenir. Les positions de base suggérées dans ce document permettent de guider la tête du bébé lors de la mise au sein, ou favoriser le repos et le confort dans des situations particulières. Pour le bébé qui apprend à téter, le contrôle de la tête permet à la mère de rapprocher rapidement la tête en fonction du moment où l'enfant ouvre grand la bouche.

POSITION MADONE INVERSÉE

QUAND

- Besoin d'un contrôle de la tête
- Seins volumineux
- Bébé prend difficilement le sein.

COMMENT

- Position assise
- Dos et bras supportés par des oreillers.
- Pieds bien à plat supportés par un tabouret, afin que les genoux soient à même hauteur que les hanches.
- Bébé est placé au même niveau que les seins.
- Le bras opposé au sein auquel le bébé tète, longe le corps pour soutenir le dos et la nuque du bébé.
- Bébé est placé sur le côté, ventre à ventre avec la mère, et la bouche fait face au mamelon.
- Oreille, épaule et hanche du bébé sont alignées.
- La main du côté du sein auquel le bébé boit, le soutient en formant un prise en *u*, qui l'aide à prendre l'aréole.

POSITION COUCHÉE

QUAND

- Besoin de repos tout en allaitant.
- Douleur au niveau du périnée
- Césarienne (si la mère tolère la position couchée)

COMMENT

- S'étendre sur le côté, les jambes légèrement fléchies.
- La mère et le bébé sont couchés sur le côté et se font face.
- La bouche du bébé est à la hauteur du sein.
- Des oreillers sont placés sous la tête, le dos et entre les jambes de la mère pour offrir confort et soutien.
- Une couverture roulée soutient le dos du bébé.
- Les fesses du bébé sont rapprochées du ventre de la mère, pour aider à dégager son nez.

POSITION FOOTBALL

QUAND

- Césarienne (la plaie se trouve ainsi complètement dégagée).
- Besoin de contrôle sur la tête du bébé.
- Seins volumineux
- Mamelons plats
- Jumeaux
- Bébé prématuré

COMMENT

- Le corps du bébé repose sur le côté du sein offert.
- Un ou deux oreillers sont placés sous le bébé afin que sa bouche soit à la même hauteur que le sein.
- Un oreiller est placé dans le dos de la mère pour son confort, et pour procurer un espace supplémentaire pour les pieds du bébé.
- La main du côté du sein supporte le dos et la nuque du bébé.
- La main opposée au sein fait une prise en *c* pour aider le bébé à prendre l'aréole.

Soins des seins

- Inutile de laver les seins avant chaque tétée.
- Laver les seins à l'eau claire une fois par jour lors de la douche ou du bain.
- Éviter l'usage de savon crème ou onguent, qui risquent d'assécher et irriter la peau.
- Se laver les mains avant de prendre le bébé est la meilleure protection contre les infections.
- La mère est libre de porter ou non un soutien-gorge pour son confort.
- Éviter les soutiens-gorge à cerceaux car ils augmentent les risques de compression du sein, de blocage de canaux et de mastite.
- Laisser les seins à l'air libre le plus souvent, en abaissant les rabats du soutien-gorge.
- Éviter l'humidité. Choisir des compresses d'allaitement de coton ou de papier sans doublure de plastique. Les changer régulièrement.

Expression manuelle du lait maternel

Disponible en tout temps, en tout lieu, n'exigeant aucune pile ou électricité, cette méthode peut être utile dans plusieurs circonstances pour:

- exprimer du colostrum en début de tétée, pour encourager bébé à téter.
- soulager des seins engorgés.
- étendre du colostrum sur le mamelon suite à une tétée pour favoriser la guérison.
- exprimer du lait pour un boire.
- ajouter aux céréales du bébé en temps opportun (autour de 6 mois).

Avec de la pratique, la technique de l'expression manuelle du lait maternel s'acquiert vite et elle permet de collecter plusieurs millilitres rapidement (environ 20 min).

ÉTAPE 1: PRÉPARATION

- Trouver un endroit confortable où se sentir à l'aise pour exprimer le lait.
- Bien se laver les mains.
- Prendre un contenant propre pour recueillir le lait.

ÉTAPE 2: STIMULATION DU RÉFLEXE D'ÉJECTION

Pour que le lait gicle, le réflexe d'éjection doit être stimulé. Que faire pour le stimuler?

- L'application de chaleur (douche, compresses) peut favoriser l'écoulement du lait.
- Stimuler les mamelons en les roulant entre le pouce et l'index.
- Masser les seins en partant du haut vers l'aréole et en traçant des cercles du bout des doigts.
- Caresser les seins du haut du sein vers l'aréole en parcourant tous les quadrants (comme un chatouillement).
- Secouer les seins en se penchant vers l'avant, de manière à ce que la gravité aide à l'éjection du lait.

ÉTAPE 3: EXPRESSION DU LAIT

- Placer le pouce sur le dessus du sein, et l'index et le majeur sous le sein à environ 3 cm du mamelon.
- Exercer une pression vers la cage thoracique.
- Rouler le pouce et les doigts vers le mamelon en faisant un mouvement de pince, sans glisser les doigts sur la peau, de façon à ne pas abîmer les tissus délicats du sein. Ce mouvement comprime et draine les réservoirs de lait.
- Répéter en cadence ces trois mouvements: placer, presser, rouler; placer, presser, rouler...
- Continuer en déplaçant les doigts pour faire le tour du sein, afin de vider tous les quadrants. Au besoin, utiliser l'autre main pour être plus confortable.
- Pour exprimer le plus de lait possible, alterner l'expression d'un sein à l'autre. Refaire un court massage au changement de sein.
- Au début de l'expression, le lait coule goutte à goutte.
- Au fur et à mesure que la cadence de l'expression augmente, le réflexe d'éjection est stimulé et plusieurs jets apparaissent. Pendant le réflexe d'éjection, il est facile de collecter plusieurs millilitres en quelques minutes.
- Continuer à exprimer jusqu'à ce que le lait ne coule plus ou peu.

Difficultés lors de la mise au sein

La mère est en mesure de composer avec des particularités pouvant se présenter lors de la mise au sein.

INFORMATION À LA MÈRE

Les mamelons douloureux, l'engorgement et la perception d'une insuffisance de lait sont les raisons principales d'un arrêt précoce de l'allaitement maternel *(ANAÉS, 2002)*.

Douleur aux seins

CARACTÉRISTIQUES

- Allaiter devrait être agréable et non douloureux.
- La sensibilité des mamelons, particulièrement en début de tétée, est considérée comme normale au cours de la première semaine.
- Une douleur non résolue peut s'aggraver et entraîner des gerçures et crevasses.
- Les gerçures et les crevasses se présentent sous forme de rougeurs et de fissures dans la peau. Elles constituent une porte d'entrée idéale pour les bactéries (mastite) et les champignons (muguet).

CAUSES

La principale cause de la douleur au sein est un mauvais positionnement du bébé lors de la mise au sein.

STRATÉGIES

- Faire vérifier la position du bébé lors de la mise au sein. S'assurer que le bébé ouvre grand la bouche pour prendre le sein. *(voir mise au sein)*
- Débuter l'allaitement maternel par le sein le moins douloureux.
- Varier les positions d'allaitement. *(voir mise au sein)*
- Éviter que le nez du bébé pointe vers le site de la douleur, car c'est l'endroit où la succion est à son plus fort.
- S'assurer de rompre la succion avant de retirer le sein de la bouche du bébé.
- Mettre quelques gouttes de colostrum ou lait maternel sur le mamelon à la fin de la tétée, pour favoriser la guérison des tissus.
- Garder les seins au sec. Changer régulièrement les compresses d'allaitement maternel. Exposer les seins à l'air.
- Appliquer une mince couche de lanoline deux fois par jour après la tétée. On peut la laisser en place lors de la tétée suivante.
- Éviter de laver les seins avec du savon, qui risque de rendre le mamelon plus vulnérable aux irritations.
- Prendre des analgésiques si nécessaire (ex.: acétaminophène).
- Au besoin, consulter une infirmière, un groupe d'entraide ou une consultante en allaitement maternel.

Engorgement mammaire

CARACTÉRISTIQUES

- Engorgement mammaire physiologique:
  - Se présente souvent entre le 3e et le 6e jour après la naissance.
  - Les seins deviennent chauds, fermes et peuvent être douloureux suite à la montée laiteuse.
  - Bébé réussit à avoir une prise sur l'aréole et le lait s'écoule aisément.
  - Se résout rapidement avec des tétées fréquentes et efficaces.
- Engorgement mammaire pathologique:
  - Stase des capillaires et des canaux lymphatiques, et enflure des tissus du sein.
  - Écoulement plus difficile du lait maternel.
  - Le sein devient dur, engorgé de lait, douloureux.
  - Évolution vers une mastite si des mesures ne sont pas prises.
  - Peu ou pas de fièvre
  - L'engorgement pathologique peut diminuer la production lactée de façon significative.

CAUSES

- Premier allaitement retardé
- Restriction du nombre de tétées
- Peu de tétées
- Durée des tétées limitée
- Utilisation de compléments

PRÉVENTION

- Contact peau à peau précoce et fréquent dans le but de favoriser la tétée.
- Cohabitation continue pour être à l'écoute des signes de faim du bébé.
- Allaitement exclusif
- Usage de la tétine d'amusement à éviter les 4 à 6 premières semaines, afin de favoriser des tétées fréquentes.

STRATÉGIES

- Pour faciliter l'écoulement, appliquer de la chaleur sur les deux seins 1 min ou 2 min avant la tétée, ou bien prendre une douche ou s'étendre sur le côté dans le bain, tout en massant légèrement.
- Au besoin exprimer un peu de lait pour faciliter la prise de l'aréole.
- Masser le sein durant la tétée pour favoriser l'écoulement.
- Orienter le nez du bébé vers la partie la plus engorgée.
- Offrir les deux seins dans la mesure du possible.
- Si les seins sont encore douloureux après l'allaitement, exprimer un peu de lait peut soulager.
- Pour diminuer l'enflure et soulager la douleur, appliquer du froid entre les tétées pendant environ 20 min (glace concassée enveloppée dans une serviette, sac de légumes congelés, feuilles de chou réfrigérées).
- Varier les positions d'allaitement pour favoriser le drainage de tous les canaux.
- S'il y a engorgement sévère (bébé ne réussit pas à téter, le lait sort très difficilement), éviter l'application de chaleur. Préférer plutôt de la glace pour diminuer l'enflure.
- Prendre un analgésique au besoin pour se soulager de la douleur.
- Restreindre la quantité de liquide consommée. Le bandage, des seins et un soutien-gorge serré ne sont pas efficaces et augmentent l'inconfort de la mère.

Insuffisance de lait?

CARACTÉRISTIQUES

Le fréquent besoin de téter, des attentes quant au sommeil du bébé la nuit, son agitation, le manque de confiance dans la capacité d'allaiter et les commentaires de l'entourage sont souvent des sources d'angoisse pour les parents, qui en viennent à craindre une insuffisance de lait.

- L'insuffisance de lait physiologique est très rare. Elle peut être notée lorsque:
  - les seins n'ont pas augmenté de volume durant la grossesse ou la montée laiteuse.
  - il n'y a pas de montée laiteuse.
  - une chirurgie mammaire a été effectuée.
  - il existe un problème hormonal (ex.: hypothyroïdie).
- Il s'agit plus souvent d'une impression d'insuffisance de lait:
  - Il est possible d'avoir l'impression de manquer de lait durant les périodes de fringales (poussées de croissance) du bébé, alors qu'il demande plus fréquemment à boire.
  - Les fringales ne durent que quelques jours. Après, le bébé reprend son rythme habituel.

STRATÉGIES

- Allaiter le bébé plus souvent, s'il le faut chaque 1 h ou 2 h pour une période de 24 h à 48 h. Ainsi, il recevra un lait plus riche en gras (lait de la fin de la tétée).
- La production de lait s'ajuste rapidement à la demande du bébé.
- Se reposer, bien s'alimenter et faire confiance en sa capacité de nourrir le bébé.
- Si le bébé urine (6 à 8 fois par 24 h) et fait des selles (4 à 6 selles par 24 h, les 4 premières semaines), normalement il est bien nourri.
- La tentation d'introduire des aliments solides peut se présenter quand le bébé a des fringales. L'introduction d'aliments solides avant l'âge de 4 à 6 mois n'est pas recommandée, parce que ce type d'aliment ne correspond pas aux besoins d'un bébé de cet âge, en plus de provoquer souvent des réactions d'intolérance et des malaises digestifs.
- Si des inquiétudes persistent, consulter une personne compétente en allaitement maternel (infirmière du CLSC, groupe d'entraide ou consultante en allaitement maternel).

Réflexe d'éjection puissant

CARACTÉRISTIQUES

- Éjection du lait avec force qui entraîne une difficulté à avaler chez le bébé.
- Bébé reçoit «trop de lait, trop rapidement».
- Se présente souvent durant les premières semaines d'allaitement.
- Conséquemment au comportement irritable du bébé, la mère peut avoir l'impression qu'elle n'a pas assez de lait, que son bébé ne tolère pas son lait ou qu'il a des coliques.

SIGNES CHEZ LE BÉBÉ

- Gain de poids normal et même rapide.
- Plusieurs mictions par jour
- Selles avec fréquence normale qui peuvent être verdâtres à l'occasion.
- Développement normal de l'enfant
- Succion forte lors de la tétée
- Difficulté à avaler une grande quantité de lait assez rapidement : toux, étouffement.
- Retrait du sein, dos arqué, pleur durant la tétée.
- La mère peut entendre le lait heurter le fond de l'estomac ainsi que des contractions de l'estomac.
- Présence de coliques, gaz nombreux.
- Bébé se réveille rapidement après le boire et démontre des signes d'une faim intense (réflexe de fouissement prononcé, succion vigoureuse de son poing, ouverture de la bouche).

SIGNES CHEZ LA MÈRE

- Plus d'un réflexe d'éjection durant la même session d'allaitement.
- Premier réflexe lors de la mise au sein souvent le plus puissant.
- Le réflexe d'éjection possiblement douloureux.
- Forte éjection du lait dans le sein opposé pendant la tétée.

STRATÉGIES

- Allaiter le bébé fréquemment : plus le délai entre les boires est grand, plus le réflexe d'éjection est fort.
- Stimuler le réflexe d'éjection manuellement ou avec tire-lait avant de mettre le bébé au sein : ainsi le bébé ne subit pas le premier réflexe d'éjection qui est souvent le plus puissant.
- Mettre le bébé au sein lorsqu'il est dans un état de sommeil léger : étant plus détendu, sa succion est moins vigoureuse, et le réflexe d'éjection, plus faible. Le bébé avale moins d'air et se montre moins irritable.
- N'offrir qu'un sein durant le boire, et offrir le deuxième sein lors du prochain boire. Le lait de début de tétée est plus riche en lactose. L'excès de lactose augmente les mouvements de l'intestin et provoque des selles liquides, verdâtres et de la douleur. Le lait de la fin de la tétée, riche en gras, favorise un équilibre entre le lactose et le gras.
- Faire faire des rots fréquemment, par exemple dès que le bébé démontre des signes de difficulté à composer avec le débit de lait.
- Retirer le bébé du sein au moment du réflexe d'éjection et le remettre au sein par la suite.
- Adopter une position où la tête du bébé est plus haute que le sein ; le jet de lait perd ainsi de sa force en raison de la gravité (position australienne : la mère est couchée sur le dos, et le bébé, sur le ventre de la mère).

Bébé somnolent

CARACTÉRISTIQUES AU COURS DES PREMIÈRES SEMAINES

- Dort entre les tétées.
- Manifeste peu d'intérêt lors de la mise au sein.
- Boit moins de 8 fois par 24 h.
- Ne prend pas assez de poids.
- Ne se réveille pas la nuit.

CAUSES POSSIBLES

- Médication reçue pendant le travail et l'accouchement
- Travail et accouchement difficile
- Jaunisse
- Infection chez le bébé
- Environnement trop stimulant pour le bébé

STRATÉGIES

- Contact peau à peau entre la mère et son bébé lors de la tétée.
- Stimuler le bébé à téter lorsqu'il se trouve en phase de somnolence, période de transition entre le sommeil et l'éveil.
- Diminuer les stimuli pour encourager le bébé à ouvrir les yeux : fermer les lumières, diminuer le bruit.
- Faire des massages dans le dos.
- Stimuler la succion du bébé en :
  - passant le doigt autour de la bouche pour stimuler le bébé à téter.
  - exprimant du lait maternel afin que le bébé puisse le lécher.
- Durant la séance d'allaitement, faire une compression du sein, ce qui augmente le débit de lait et encourage le bébé à continuer à téter.
  - Durant la tétée, comprimer le sein avec la main utilisée pour faire une prise lors de la mise au sein.
  - S'assurer de maintenir les doigts loin de l'aréole.
  - Maintenir la compression tant qu'il continue à avaler le lait.
  - Dès qu'il arrête de boire, relâcher la compression.
  - Recommencer à nouveau jusqu'à ce qu'il arrête de nouveau, ainsi de suite.

ALERTE

▶ **S'il y a suspicion de causes médicales, en discuter avec l'infirmière ou le médecin le plus rapidement possible.**

Positionnement de la langue du bébé

CARACTÉRISTIQUES

- Signes que la langue est mal positionnée pendant la tétée :
  - Succion brisée
  - Joues creusées (petites fossettes dans les joues)
  - Bruits de clappement
  - Douleurs au sein

STRATÉGIES

- Mettre le bébé au sein avant qu'il ne soit complètement éveillé (il n'a alors pas le temps de commencer à téter sa langue).
- Utiliser la position football modifiée (bébé assis).
- Chatouiller les lèvres du bébé avec le mamelon peut l'encourager à sortir sa langue.
- Éviter l'usage du biberon.
- Faire un exercice pour l'entraîner à abaisser ou à avancer la langue vers l'avant lors de la tétée :
  - Se laver les mains et se couper l'ongle de l'index.
  - Chatouiller sa bouche pour stimuler le réflexe des points cardinaux. Le bébé tournera et ouvrira la bouche en direction de la stimulation.
  - Insérer lentement l'index dans la bouche, assez loin mais sans provoquer de haut-le-cœur.
  - Faire un mouvement lent de va-et-vient pour stimuler la succion.
  - Lors de la succion, la langue devrait se mouler à la forme du doigt et s'avancer au niveau de la gencive inférieure.
  - Si la langue demeure rétractée au bout du doigt, tourner l'index doucement, de façon à ce que la pulpe du doigt repose sur la langue. Presser doucement sur la langue jusqu'à ce qu'elle s'avance au niveau de la gencive inférieure.
  - Répéter cet exercice plusieurs fois avant de remettre le bébé au sein.

Situations particulières

En situation de séparation avec son bébé, la mère a l'opportunité de voir avec l'infirmière les procédures liées à l'expression du lait maternel.

INFORMATION À LA MÈRE

Séparation mère-bébé

Expression du lait maternel au tire-lait électrique

- Dans certaines circonstances, par exemple lors d'une naissance prématurée, la mère se retrouve séparée de son bébé et ne peut l'allaiter. Pour plusieurs mères, l'expression du lait maternel devient une façon unique de contribuer aux soins du nouveau-né (Kavanaugh *et al.*, 1997).
- Les mères de bébés prématurés produisent un lait adapté au stade de développement du bébé. La composition en gras et en protéines de leur lait est plus élevée que celle des mères ayant accouché à terme, ce qui permet de répondre au besoin de croissance accélérée des prématurés.

Quand débuter l'expression du lait maternel avec tire-lait électrique après la naissance du bébé ?

- Prendre en considération la condition de la mère.
- Se rappeler que le plus tôt est le mieux, idéalement dans les 6 premières heures qui suivent la naissance.
- Dans une situation où le bébé ne peut téter au sein pour stimuler la montée laiteuse (par exemple, s'il est prématuré), il est recommandé d'utiliser un tire-lait électrique à gros moteur avec expression double.
- Lire les instructions du fournisseur avant l'utilisation.
- L'expression double, c'est-à-dire les deux seins à la fois, serait plus efficace pour maximiser la production de lait.
- Location possible dans les pharmacies, groupes d'entraide, hôpitaux.

Combien de temps devrait durer la période d'expression?

◪ Si on exprime le lait des deux seins en même temps, l'expression devrait durer environ 15 min. Poursuivre 2 min après que le lait ait cessé de couler permet d'aller «chercher» le maximum de gras de la fin de tétée, et de stimuler la production de prolactine.

◪ Si l'expression se fait à un sein à la fois, exprimer le lait du premier sein pour une durée de 5 min et alterner avec l'autre sein pour la même durée. Répéter ce cycle 2 à 3 fois selon le débit de lait, de façon à stimuler chaque sein pour une durée de 10 min à 15 min.

◪ Si aucune goutte de lait n'apparaît, s'assurer que l'appareil fonctionne bien.

Vérifications à faire:

- Au début de l'expression, ajuster la succion et le rythme de la pompe à son plus bas niveau.
- Lorsque l'expression est initiée, augmenter le rythme et la succion.
- Il est important d'obtenir une succion optimale pour favoriser une stimulation adéquate. Cependant l'expression doit être confortable, sans aucune douleur.
- Le rythme de la pompe peut être rapide au début pour imiter la succion du bébé qui commence à téter.
- Lorsque le réflexe d'éjection (*voir définition plus loin*) est présent, le rythme de la pompe peut être diminué à un niveau moyen standard.

◪ Si malgré ces vérifications le lait ne coule pas, maintenir l'expression pendant environ 15 min pour chaque sein. Il est normal que seulement quelques gouttes s'écoulent lors des premières expressions après la naissance. La production augmente au fur et à mesure de la stimulation.

◪ Consulter une personne compétente en allaitement maternel si des doutes persistent quant à la production de lait.

À quelle fréquence le lait devrait-il être exprimé?

◪ Spécialement pour les 7 à 10 premiers jours, la fréquence d'expression devrait être similaire à la fréquence où le bébé vient au sein, soit environ aux 3 h.

◪ L'expression fréquente est plus efficace qu'une durée d'expression plus longue séparée par de longs intervalles entre les expressions.

◪ Durant la nuit, l'expression de lait maternel doit être adaptée au besoin de repos de la mère.

◪ Certaines mères expriment leur lait une fois la nuit pour «maximiser leur production», ou pour se soulager de l'inconfort provoqué par l'engorgement. D'autres mères préfèrent avoir une nuit de sommeil sans interruption pour être en mesure de composer avec les activités de la vie quotidienne, et pour s'assurer que la fatigue et le stress ne diminuent pas leur production de lait.

◪ Lorsque la production de lait est bien établie (après 10 à 14 jours), la mère devrait exprimer son lait au moins 5 fois par jour pour un total de plus de 100 min d'expression chaque jour, afin de conserver une production optimale.

Comment savoir si la production de lait est adéquate?

◪ Si l'expression se fait régulièrement, soit chaque 3 h les premiers 10 à 14 jours, le volume de lait exprimé quotidiennement devrait être d'environ 750 ml à 1000 ml. Un minimum de 350 ml est attendu à cette période.

◪ Plus la production est élevée, mieux c'est pour les semaines à venir. Une production abondante sert de réserve pour les baisses de production. Il est observé que les mères qui expriment leur lait sur une longue période, expérimentent souvent une baisse de production au cours du 2e mois d'expression. Si la mère a une baisse de production de 50%, et qu'elle a produit initialement 1000 ml, elle produira probablement assez de lait pour répondre au besoin du bébé.

Qu'est-ce que le réflexe d'éjection?

◪ Lorsque le sein est stimulé (par la succion du bébé ou le tire-lait), l'hypophyse postérieure relâche l'ocytocine pour provoquer le réflexe d'éjection.

◪ Le réflexe d'éjection est une contraction des cellules musculaires qui entourent les alvéoles (petits sacs de la glande mammaire qui collectent et sécrètent le lait). Cette contraction musculaire éjecte le lait vers les ouvertures du mamelon.

◪ L'ocytocine, essentielle à l'éjection du lait maternel, augmente dans le sang après une stimulation de 1 min, demeure élevée tout au long de la stimulation et retourne à son niveau de base environ 6 min après la fin de la stimulation.

SIGNES DU RÉFLEXE D'ÉJECTION

- Sensation de pression, de chatouillement dans le sein.
- Contractions utérines durant la stimulation du sein.
- Écoulement du sein
- Soif soudaine durant la stimulation
- Sensation de détente
- Augmentation soudaine du volume de lait durant l'expression.
- Pendant l'allaitement, changement dans le rythme de succion du bébé, qui passe de rapide à régulier et profond.

Quelles conditions peuvent inhiber le réflexe d'éjection?

- ◪ Stress ◪ Fatigue ◪ Douleur
- ◪ Bouleversement émotionnel
- ◪ Manque de confiance en sa capacité de produire du lait
- ◪ Usage de nicotine et d'alcool
- ◪ Certains médicaments (ex.: contraceptifs oraux à base d'œstrogène)

Quelles conditions favorisent le réflexe d'éjection?

- ◪ Environnement calme
- ◪ Massage et application de compresses chaudes sur le sein.
- ◪ Contact peau à peau avec le bébé
- ◪ Position assise à côté du bébé
- ◪ Photo du bébé devant soi
- ◪ Couverture ou vêtement du bébé, mis autour du cou de la mère, pour sentir son odeur.
- ◪ Écoute des bruits vocaux ou des pleurs du bébé

INFORMATION À LA MÈRE

Conservation du lait maternel

Les parents connaissent les procédures liées à la conservation du lait maternel.

Est-il nécessaire de laver les seins avant de faire l'expression du lait maternel?

Non, une hygiène quotidienne avec la douche ou le bain est suffisante pour l'hygiène des seins. Il est cependant important de se laver les mains soigneusement avec du savon avant de faire l'expression et manipuler les accessoires. Il faut aussi éviter de toucher l'intérieur des contenants, d'éternuer ou de tousser sur l'équipement afin d'éviter la contamination.

Comment faut-il nettoyer les accessoires utilisés pour l'expression?

Avant de nettoyer ou stériliser les accessoires, vérifier auprès du fournisseur si toutes les pièces peuvent tolérer le savon et l'eau chaude (exemple: certains filtres de tire-lait Medela ne doivent pas être lavés avec du savon).

MARCHE À SUIVRE POUR LE NETTOYAGE

- ◪ Désassembler toutes les pièces détachables.
- ◪ Laver soigneusement avec du savon et de l'eau chaude après chaque expression de lait.
- ◪ Rincer à l'eau froide et claire.
- ◪ Assécher à l'air libre.

MARCHE À SUIVRE POUR LA STÉRILISATION À LA MAISON

Dans certaines circonstances, par exemple lorsque le bébé est né prématurément, l'équipement en contact avec le lait maternel peut exiger une stérilisation une fois par jour.

- ◪ Démonter, laver, rincer toutes les pièces.
- ◪ Mettre toutes les pièces dans une casserole de 4 l.
- ◪ Remplir la casserole d'eau froide à 2,5 cm du bord.
- ◪ Mettre le couvercle et faire bouillir pendant 20 min.
- ◪ Égoutter l'eau et laisser les pièces refroidir dans la casserole non recouverte.
- ◪ Enlever toutes les pièces et laisser sécher à l'air.

Quels contenants choisir pour conserver le lait?

- ◪ Contenants de verre, de plastique rigide (polycarbonate) ou sacs de plastique épais spécialement conçus pour la congélation du lait maternel.
- ◪ Certaines unités de néonatalogie ont des préférences quant au type de contenants à utiliser. Vérifier avec votre unité ceux qu'elle recommande.
- ◪ Utiliser un contenant différent pour chaque expression de lait.

Comment identifier chaque contenant?

À LA MAISON Inscrire la date sur le contenant bien fermé.

LAIT POUR L'HÔPITAL Inscrire sur le contenant: nom du bébé, n° de dossier, heure et date d'expression, et médicaments consommés par la mère dans les derniers 24 h.

Note. – Ces informations sont à titre indicatif. Suivre les directives du milieu hospitalier.

Combien de temps peut se conserver le lait?

(*voir tableau page 111*)

- ◪ Le lait maternel est à son meilleur frais, bu au sein.
- ◪ Il se réfrigère et se congèle bien.
- ◪ Il peut prendre différentes teintes (blanc, bleu, jaune).
- ◪ Il se sépare (de son gras) après l'expression. Lorsque décongelé, agiter avant usage.

Comment congéler le lait maternel?

- Mettre, dans un contenant de votre choix, une quantité qui correspond approximativement à ce que le bébé reçoit à chaque boire, afin d'éviter les pertes.
- Laisser un espace dans le contenant, car le lait prend de l'expansion avec la congélation.
- Faire refroidir le lait collecté au réfrigérateur dans un premier temps.
- Lorsque refroidi, ranger le lait au congélateur dans un contenant spécialement conçu pour la réserve de lait maternel.
- Éviter d'ajouter du lait fraîchement exprimé à du lait déjà congelé, pour ne pas altérer la qualité du lait.
- Utiliser le lait dont la date est la plus éloignée en premier.

Comment tiédir le lait maternel?

La décongélation au four micro-ondes n'est pas recommandée, à cause du risque de brûlures et de la perte de propriétés bactériostatiques du lait maternel, qui protègent le bébé contre les maladies respiratoires et digestives.

- Tiédir le lait sortant du réfrigérateur:
  - Tremper le contenant dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
  - Mélanger le lait avant de servir pour assurer son homogénéité.
  - Vérifier la température sur le poignet.
  - Donner le boire au bébé.
- Tiédir le lait sortant du congélateur:
  - Laisser couler l'eau froide courante sur le contenant congelé.
  - Ajouter graduellement de l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
  - Mélanger le lait avant de servir, pour assurer son homogénéité.
  - Vérifier la température sur le poignet.
  - Donner le boire au bébé

ou

- Mettre au réfrigérateur pendant 10 h à 12 h pour une décongélation graduelle:
  - Tremper le contenant dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
  - Mélanger le lait avant de servir pour assurer son homogénéité.
  - Vérifier la température sur le poignet.
  - Donner le boire au bébé.

ALLAITEMENT MATERNEL
SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Le lait congelé perd une partie de ses propriétés bactériostatiques, c'est pourquoi il doit être utilisé le plus vite possible après la décongélation, pour éviter la multiplication des bactéries.

TEMPS DE CONSERVATION DU LAIT MATERNEL CHEZ LE BÉBÉ À TERME OU PRÉMATURÉ

	LAIT MATERNEL FRAÎCHEMENT EXPRIMÉ		LAIT MATERNEL DÉCONGELÉ	
	BÉBÉ EN SANTÉ À TERME	BÉBÉ PRÉMATURÉ	BÉBÉ EN SANTÉ À TERME	BÉBÉ PRÉMATURÉ
TEMPÉRATURE AMBIANTE (°C)	4 h à 25 °C 8 h à 19 °C à 22 °C	2 h	1 h	1 h
RÉFRIGÉRATEUR	3 à 5 jours	48 h	24 h	24 h
CONGÉLATEUR INTÉGRÉ AU RÉFRIGÉRATEUR	2 sem.	2 sem.	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler
CONGÉLATEUR AVEC PORTE INDÉPENDANTE (-5 °C à -15 °C)	3 à 4 mois	3 mois	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler
CONGÉLATEUR COFFRE (-20 °C)	6 mois	6 mois	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler

Note. – Ces informations sont à titre indicatif.
Suivre les recommandations du personnel hospitalier si le bébé est hospitalisé.

Naissance multiple

Suite à une naissance multiple, la mère possède les connaissances et les habiletés nécessaires pour allaiter ses bébés.

INFORMATION À LA MÈRE

◪ La mère qui donne naissance à des jumeaux, triplés ou quadruplés peut allaiter tant de façon exclusive que partielle. Il ne s'agit pas d'une situation du tout ou rien. C'est aux parents à décider ce qu'ils ont le goût de vivre comme expérience d'allaitement maternel.

◪ Les principes de la physiologie de la production de lait sont les mêmes que pour la mère qui n'a qu'un seul enfant: la production varie en fonction de la stimulation, et de l'offre et la demande. (*voir anatomie et physiologie de la lactation*)

◪ Les demandes sont cependant plus grandes à tous les niveaux: énergie, temps consacré au soin des nouveau-nés, ressources financières...

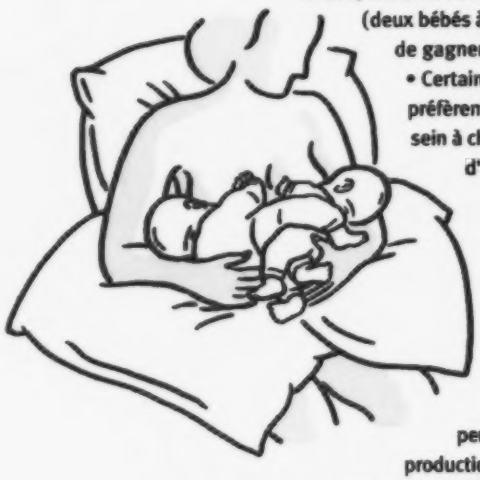
◪ Des stratégies doivent être mises en place pour favoriser le repos de la mère. La mère de grossesse multiple peut avoir besoin de plus de temps de récupération après la naissance.
(*voir section sur la mère; sommeil et repos*)

◪ Pour toutes sortes de raisons, la mère peut parfois se sentir plus près de l'un des bébés: c'est tout à fait normal. Mettre l'emphase sur l'individualité de chacun des bébés favorise l'attachement.

STRATÉGIES

• Les tétées précoces et fréquentes sont particulièrement importantes pour établir une production de lait qui correspond aux besoins des bébés.
• Advenant que les bébés ne peuvent pas téter au sein après la naissance, il serait souhaitable que l'expression du lait maternel soit entreprise le plus tôt possible après la naissance.
(*voir expression du lait maternel*)

• Certaines mères choisissent d'allaiter un bébé à la fois, d'autres préfèrent allaiter les deux bébés à la fois.
• Lorsque la mère est à l'aise dans la mise au sein des bébés, l'allaitement en tandem (deux bébés à la fois) permet de gagner du temps.



• Certaines mères préfèrent «attitrer» un sein à chaque enfant, d'autres donnent les deux seins à la fois en alternant.
• Permettre aux bébés de venir à l'un ou l'autre sein favorise une stimulation visuelle variée, et permet d'équilibrer la production de lait de chaque sein, particulièrement si l'un des bébés a une succion plus faible.
• L'allaitement en tandem peut aussi aider le bébé qui a plus de difficulté à téter. Le bébé qui tète le plus vigoureusement stimule le réflexe d'éjection. Cet afflux plus grand de lait encourage l'autre bébé à téter.
• Ne pas limiter la durée des tétées afin que les bébés reçoivent le lait de la fin de tétée qui est plus riche en gras.
• Le lait maternel peut aussi être donné par d'autres méthodes alternatives: tasse, seringue, doigt, biberon.
La mise au sein peut parfois être plus difficile suite à l'usage de ces méthodes, particulièrement durant la période où le bébé est en apprentissage de la mise au sein (4 à 6 premières semaines).
• Des formules de lait données en supplément au biberon peuvent être envisagées, tout en sachant qu'il y a risque de diminuer la production lactée.

• Pour les premières semaines, certaines mères trouvent utile de noter sur une fiche d'évolution les activités des bébés, ainsi que les particularités des selles et mictions.
• Plusieurs mères apprécient le soutien qu'elles reçoivent des autres mères qui ont aussi allaité des jumeaux. L'infirmière peut fournir des références.

Césarienne

Suite à une césarienne, la mère possède les connaissances et les habiletés pour allaiter son bébé.

INFORMATION À LA MÈRE

- La césarienne peut entraîner un délai de la mise au sein.
- Une césarienne inattendue peut causer une déception, être perçue comme un échec et entraîner chez la mère la peur de l'échec de l'allaitement.
- Après une épidurale, la mère est souvent confortable et alerte, ce qui favorise la mise au sein dans les plus brefs délais.
- Après une anesthésie générale, la mère peut allaiter dès qu'elle se sent apte et bien éveillée.
- La position football est une position favorable pour éviter une pression sur la plaie.
- Quelques jours après la césarienne, la mère peut allaiter couchée sur le côté, si elle apprécie cette position.
- Il est important de se maintenir dans une « zone de confort » suite à la césarienne. Certaines mères éprouvent parfois des réticences à prendre des médicaments pendant l'allaitement. Il y a trois règles face à la médication et l'allaitement maternel:
  - La plupart des médicaments passent dans le lait maternel.
  - La plupart des médicaments sont détectables en petite quantité dans le lait.
  - Très peu de médicaments sont contre-indiqués pour l'allaitement maternel.
- Bénéfices de l'allaitement maternel précoce après la césarienne:
  - L'allaitement précoce et sans restriction offre des avantages pour la santé de la mère (contractions de l'utérus) et du bébé, et prévient de nombreuses difficultés courantes, telles l'engorgement chez la mère, et la confusion entre tétine et mamelon pour le bébé.
  - L'allaitement peut rapprocher émotionnellement la mère et le bébé, ce qui est particulièrement important s'ils sont séparés après la naissance ou si la naissance a été traumatisante.
  - L'allaitement peut aider la mère à se sentir compétente.
  - Advenant que le bébé ne désire pas téter, le contact peau à peau entre la mère et le bébé favorise le rapprochement. Ce contact peut aussi se faire entre le père et le bébé.

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Substituts de lait maternel

Les parents connaissent les procédures liées à l'usage des substituts du lait maternel.

DÉFINITIONS

SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL

Tout aliment commercialisé ou présenté d'une quelconque manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

PRÉPARATION COMMERCIALE POUR NOURRISSONS ou PRÉPARATION LACTÉE POUR NOURRISSONS

Lait artificiel ou lait industriel. (MSSS, 2002)

STATISTIQUES

- Un niveau de scolarité moins élevé de la mère est associé à une forte utilisation de lait de vache depuis la naissance: 22% chez les mères sans diplôme d'études secondaires; 11% chez les mères avec diplôme d'études secondaires; 6% chez les mères de niveau collégial; 2,1% chez les mères de niveau universitaire.
- 78% des bébés nourris au biberon commencent à consommer des aliments solides avant l'âge de 4 mois, avec un âge moyen de 3 mois. (ÉLDEQ, 1998-2002)

RECOMMANDATIONS

- Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et les Diététistes du Canada (DC) ont publié ces lignes directrices:
  - Pour le nourrisson qui n'est pas nourri au sein ou qui ne l'est que partiellement, les préparations commerciales pour nourrissons additionnées de fer constituent la solution de remplacement la plus acceptable jusqu'à l'âge de 9 mois à 12 mois.
  - Les laits à base de soya devraient n'être utilisés que pour des nourrissons qui ne peuvent consommer de produits laitiers en raison de leur santé, culture, religion.
  - Le lait de vache entier pasteurisé peut être donné au nourrisson à partir de 9 mois à 12 mois et pendant toute la 2e année.

◪ Le lait demeure la base de l'alimentation pendant toute la première année: il est le seul aliment qui contient le calcium et les protéines en quantité suffisante. Les aliments solides à partir de 4 mois à 6 mois le complètent, mais ne le remplacent pas.

◪ Le miel ne doit pas être ajouté à l'alimentation du nourrisson avant l'âge de 1 an afin de prévenir le botulisme.

SOUTIEN FINANCIER

◪ Les femmes qui sont prestataires de la Sécurité du revenu (aide sociale) et qui donnent naissance à un enfant peuvent recevoir un soutien pour l'achat des préparations lactées.

◪ Pendant les 9 premiers mois, la mère peut se procurer, en pharmacie seulement, des préparations lactées au prix du lait de vache ordinaire, sans avoir à fournir de certificat médical.

◪ Dès la naissance, le parent fournit une preuve de naissance le plus tôt possible pour recevoir ce soutien dans les plus brefs délais.

◪ Ce soutien peut durer jusqu'à 12 mois si l'enfant souffre d'intolérance au lait de vache, au lactose, ou s'il souffre de d'autres troubles spécifiques, et que les préparations sont prescrites par un médecin.

◪ L'admission à ces programmes doit s'effectuer en communiquant avec le Centre local d'emploi (CLE) de la région, et le ministère de l'Emploi et et de la Solidarité sociale.

ALERTE

▶ **À surveiller:**
- **Gain de poids**
- **Signes de déshydratation**

▶ **Préparation des formules commerciales:**
- **Vérifier comment les parents préparent ces formules.**

INFORMATION AUX PARENTS

CHOIX DES FORMULES LACTÉES

◪ Les préparations commerciales pour nourrissons à base de lait de vache additionnées de fer, constituent la solution de remplacement la plus acceptable jusqu'à l'âge de 9 mois à 12 mois.

◪ Les laits à base de soya devraient n'être utilisés que pour des nourrissons qui ne peuvent consommer de produits laitiers, et sous avis médical.

PRÉPARATION DES FORMULES LACTÉES

- Elles se présentent sous trois formes: formules prêtes à servir, formules concentrées liquides ou formules concentrées en poudre.
- Toutes ces formes renferment les mêmes ingrédients.
- Suivre le mode d'emploi méticuleusement pour préparer les formules. Une dilution insuffisante pourrait provoquer des problèmes de santé pour le bébé (surcharge rénale), et une trop grande dilution pourrait à long terme conduire à des carences nutritionnelles.
- Se laver les mains soigneusement avant de commencer la préparation.
- Toutes les eaux recommandées (eau du robinet, de puits privé, en vrac ou embouteillée) doivent être bouillies pendant 1 min pour préparer le lait, jusqu'à ce que le bébé atteigne l'âge de 4 mois.
- Ne jamais utiliser l'eau chaude du robinet, car elle peut contenir du plomb et des microbes.
- Réchauffer le lait à l'eau chaude pour le tiédir à la température du corps.
- Agiter doucement le biberon.
- Vérifier la température du lait avant de le servir, en faisant couler quelques gouttes sur le poignet; il ne devrait être ni chaud, ni froid.

Le micro-ondes n'est pas recommandé parce qu'il ne peut réchauffer le lait de façon uniforme.

SI MALGRÉ TOUT LE PARENT DÉSIRE UTILISER LE MICRO-ONDES

▷ **Ne réchauffer que des biberons venant du réfrigérateur (tiédir ceux à la température de la pièce sous l'eau chaude).**

▷ **Selon les fabricants, aucun biberon de plastique, de verre ou sac n'est conçu pour la cuisson au micro-ondes.**

▷ **Il est préférable de réchauffer le lait dans une tasse en verre. L'ouverture de la tasse permet à la chaleur de s'échapper.**

▷ **Effectuer le transfert du lait dans le biberon.**

▷ **Réchauffer les formules commerciales au maximum 30 s (120 ml) et 45 s (240 ml).**

▷ **Ne pas tiédir moins de 120 ml à la fois.**

▷ **Transvider le contenu dans le biberon et vérifier la température en laissant tomber quelques gouttes sur l'avant-bras. Au toucher, le biberon ne devrait être ni chaud ni froid (37°C).**

CONSERVATION DES FORMULES LACTÉES

▷ Une fois préparé, le lait peut être conservé 1 h à la température de la pièce et jusqu'à 24 h à 48 h au réfrigérateur.

Les formules commerciales ne doivent pas être congelées, car il s'y forme des grumeaux.

LE BOIRE

POSITION DU BÉBÉ

- Prendre le bébé durant le boire favorise un contact chaleureux et diminue les risques d'aspiration. Les otites sont plus fréquentes chez les bébés qui prennent leur biberon en position couchée.
- Incliner le biberon pendant le boire, afin de garder le goulot plein de lait et d'éviter l'absorption d'air.
- S'assurer que le nourrisson ne soit pas trop emmailloté, car il aura tendance à s'endormir pendant le boire.

LE ROT

- Faire faire le rot au milieu et à la fin de chaque biberon.
- Frotter doucement le dos du bébé durant 1 min à 3 min et vérifier s'il a encore faim, car l'air avalé peut avoir comblé un espace dans l'estomac équivalent à 30 ml de lait. Ne pas insister si le rot ne vient pas.
- Savoir qu'un nourrisson prend généralement la plus grande partie du biberon en 20 min excluant le rot.
- Ne pas forcer un nourrisson à terminer le biberon.

DIFFÉRENCE ENTRE RÉGURGITATION ET VOMISSEMENT

RÉGURGITATION

- Rejet d'une petite quantité de lait (5 ml à 15 ml) normale au moment du rot ou après le boire.
- Disparaît vers l'âge de 1 an.
- Non inquiétante chez l'enfant qui prend du poids, qui ne tousse pas et qui est de belle humeur.

STRATÉGIES POUR DIMINUER LES RISQUES DE RÉGURGITATION

- Tenter d'établir un lien entre les régurgitations et la façon d'alimenter l'enfant et corriger la situation si possible.
- Alimenter le nourrisson lentement dans une atmosphère calme.
- S'assurer de la dimension adéquate de l'orifice de la tétine en:
  - inversant le biberon.
  - évaluant si l'écoulement est d'un peu moins d'une goutte / sec.
- Maintenir la tétine toujours pleine durant le boire.
- Marquer des temps d'arrêt pour les rots, aux 30 ml ou 60 ml ou plus, selon les besoins du bébé.
- Éviter de suralimenter le nourrisson.
- Éviter de trop le bouger après le boire.

VOMISSEMENT

- Éjection du contenu de l'estomac
- Le vomissement occasionnel de l'enfant qui a trop mangé n'est pas inquiétant.

ALERTE

▶ Consulter si vomissement en jets répétitifs.

FRÉQUENCE DES BOIRES

- La fréquence des boires varie d'un bébé à l'autre et, souvent, chez le même bébé d'une journée à l'autre.
- De façon générale, le bébé boit, chaque 24 h, 6 à 10 biberons pendant les 15 premiers jours de vie; et de 6 à 8 biberons entre 15 jours et 1 mois.
- La quantité de lait nécessaire varie d'un bébé à l'autre.
- Le bébé peut prendre autour de 45 ml à 115 ml de lait par biberon les 15 premiers jours de vie, et 60 ml à 125 ml de 15 jours à 1 mois de vie.
- Le bébé communiquera sa faim par des signes spécifiques: succion de la bouche, mains portées au visage, mouvements des bras et des jambes, pleurs. Le pleur est un signe tardif.
- Répondre aux signes de faim du bébé, avant que les pleurs n'apparaissent, favorise une période de boire plus calme.

EAU ENTRE LES BOIRES

- Les bébés nourris aux formules peuvent avoir besoin d'eau. Avant l'âge de 4 mois, donner une eau bouillie et refroidie durant 1 min, quel que soit le type d'eau.
- L'eau bouillie se conserve 2 ou 3 jours au réfrigérateur, dans un contenant stérilisé et bien fermé, ou 24 h à la température ambiante.
- Éviter de donner l'eau dans l'heure qui précède le boire pour ne pas nuire à l'appétit.
- Le lait demeure l'aliment de base pendant la première année.

CROISSANCE

- C'est normal que le bébé perde du poids dans les premiers jours qui suivent sa naissance.
- Il reprend son poids de naissance généralement entre le 10e et le 14e jour.
- Il engraisse par la suite d'environ de 20 g à 30 g par jour jusqu'à l'âge de 5 mois.
- Il grandit d'environ 2,5 cm par mois jusqu'à l'âge de 1 an.

POUSSÉES DE CROISSANCE (FRINGALES)

- Les poussées de croissance sont normales.
- La croissance rapide du nourrisson dans la 1re année entraîne, par périodes, une augmentation soudaine de l'appétit.
- Elles se manifestent particulièrement pendant les 3 premiers mois de vie.
- Signes des poussées de croissance: rapprochement des boires, signes de faim, pleurs.

- **Augmenter la ration de lait de 15 ml à 30 ml par biberon jusqu'à un maximum de 240 ml.**

ENTRETIEN DES TÉTINES ET DES BIBERONS

- **Après le boire, rincer à l'eau froide le biberon, la tétine et le bouchon.**
- **Faire passer l'eau froide dans le trou de la tétine pour enlever le surplus de lait.**
- **Laver tous les accessoires (biberons, tétines, capuchons) dans l'eau savonneuse.**
- **Rincer à l'eau très chaude.**
- **En général, la stérilisation n'est pas nécessaire s'il y a vigilance quant à la propreté.**
- **Dans certaines conditions, la stérilisation peut être recommandée, dans les situations où le système de défense du bébé est précaire (bébé prématuré par exemple).**

MÉTHODES DE STÉRILISATION

- **Stériliser au lave-vaisselle ou faire bouillir les biberons et les couvercles (sans lait ni tétine), et tous les ustensiles nécessaires à la préparation des biberons, durant 15 min à 20 min, dans une casserole remplie d'eau et recouverte.**
- **Égoutter.**
- **Couvrir et éviter tout contact avec l'air.**

RÉFÉRENCES

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. 2002. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant: service, recommandations et références professionnels*. Paris: ANAÉS. www.anaes.fr

Bernier, L.. 2003. *Le petit Nourri-Source*, 4e édition. Nourri-Source.

Christensson. K., *et al.* 1995. «Séparation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact», *Acta Pediatrica*, volume 84, p. 468-473.

Communication-Québec. 2001. *Bébé arrive*.

Dionne, S. 1996. *Le lait maternel: un lait fait sur mesure*. Conférence prononcée devant les membres du groupe Nourri-Source.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

ÉLDEQ (Étude longitudinale du développement des enfants du Québec).1998-2002. *L'alimentation du nourrisson*, volume 1, numéro 5.

ÉLDEQ. 1998-2002. *Les nourrissons de 5 mois*. www.stat.gouv.qc.ca/publications/santé/bébé (no5 pdf.htm)

Gauthier, D., L.N. Haiek et L. Rocheleau. 2002. *L'allaitement maternel. Formation de base*. Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie. Montérégie: Santé publique.

Hôpital Sainte-Justine. 1999. *L'allaitement maternel*. Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Labbé, J. 2001. *Votre enfant de la naissance à 4 semaines*. Bulletin pédiatrique. Québec: Édition Jean-Guy Émond.

Layrence, R.A. 1999. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. Missouri: Mosby.

Legault, M. et F. Raymond. 1998. «Four à micro-ondes et soins de santé: prudence». *Infirmière du Québec*, volume 6, numéro 1, p. 36-44.

Ligue La Lèche. 1999. *Traité de l'allaitement maternel*. traduction de l'édition révisée 1997: *The Breastfeeding Answer Book*. Québec: Ligue la Lèche.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001. *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. 2002. *Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes*. Sherbrooke: Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Santé Canada. 2002. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. www.hc.ca

Société canadienne de pédiatrie. *Investissons dans nos enfants*. www.cps.ca

PRISE DE POSITION DES ORGANISMES, ORGANISATIONS EN FAVEUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

(*L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices.* Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001)

ORGANISMES ORGANISATIONS	L'ALLAITEMENT MATERNEL EST LA FAÇON OPTIMALE DE NOURRIR LE BÉBÉ.	EXCLUSIVEMENT JUSQU'À 6 MOIS.	EXCLUSIVEMENT JUSQU'À L'ÂGE DE 4 À 6 MOIS.	PEUT SE POURSUIVRE JUSQU'À AU MOINS 1 AN OU AUSSI LONGTEMPS QUE LA MÈRE ET L'ENFANT LE DÉSIRENT.	PEUT SE POURSUIVRE JUSQU'À 2 ANS ET AU-DELÀ.
OMS ET UNICEF (1990)	X	X			
MSSS	X	X		X	
CAA (COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT) (1996)	X		X		X
OIIQ (1998)	X	X			X
SGOC (1996)	X	X			X
COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (1996)	X	X			X
SANTÉ CANADA (1998)	X				X
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (1998)	X				X
ASSOCIATION CANADIENNE DES DIÉTÉTISTES (1998)	X				X
AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997)	X	X			X

Élimination des selles et des urines

Les parents connaissent les caractéristiques liées à l'élimination des urines et des selles durant les premières semaines de vie du nouveau-né.

INFORMATION AUX PARENTS

Selles

- Avant la naissance, les intestins sont remplis de méconium. Ce sont des selles noires et gluantes qui ressemblent à du goudron. Elles sont constituées de cellules épithéliales, de bile, de lanugo et de liquide amniotique.
- La plupart des bébés passent leur première selle méconiale dans les premiers 12 h suivant la naissance.
- Il est attendu que le bébé ait sa première selle de méconium dans les premiers 48 h suivant sa naissance. Advenant le contraire, une évaluation est de mise.
- Vers la 3e journée, les selles méconiales sont remplacées par des selles de transition. Ces selles sont verdâtres ou brunâtres. Ce sont des selles composées de méconium et matières fécales.
- Les selles peuvent varier (texture, couleur, fréquence) selon le type d'alimentation utilisé.

SELLES DE BÉBÉS ALLAITÉS

- Le colostrum est un laxatif naturel et il agit en aidant le bébé à expulser sa première selle.
- Dans les 48 h suivant la naissance, la montée laiteuse se produit et les selles changent de couleur et de consistance.
- Le bébé âgé de moins de 4 semaines devrait faire au moins 4 à 6 selles par 24 h. Ces selles sont de semi-liquides à pâteuses, de couleur jaune moutarde et pratiquement sans odeur. Une selle verte à l'occasion est normale.
- Des selles moins fréquentes peuvent aussi être normales chez le bébé allaité âgé de plus de 6 semaines. Certains bébés peuvent faire seulement une selle par semaine sans démontrer de signes de constipation.
- Bébé fait moins de 2 selles par jour au cours des 6 premières semaines de vie. Ce peut être un signe d'un apport insuffisant de lait maternel.

SELLES VERDÂTRES DE FAÇON CONTINUE

- Elles peuvent parfois indiquer que le bébé reçoit trop de lait aqueux, riche en lactose au début de la tétée et insuffisant en gras en fin de tétée.
- L'excès de lactose stimule le péristaltisme, ce qui augmente le transit intestinal et provoque des selles liquides et verdâtres.
- Si un déséquilibre est suspecté entre le lait de début de tétée et celui de la fin de tétée, attendre que le bébé ait fini de téter au premier sein avant de lui offrir le second.

SELLES DE BÉBÉS NOURRIS AU BIBERON

- Les selles sont jaunâtres à brunâtres et pâteuses.
- La fréquence des selles est variable d'un bébé à l'autre. Les selles sont au nombre de 5 à 6 par jour, à 1 selle aux 3 jours.
- La constipation se reconnaît par des selles dures et sèches. Le bébé dont le visage devient rouge en forçant pour faire une selle est tout à fait normal; ça ne signifie pas nécessairement que le bébé est constipé.

ÉLIMINATION DES SELLES ET URINES

Urines

- Une première miction est attendue dans les premiers 24 h qui suivent la naissance.
- Par la suite, le bébé devrait faire un nombre de mictions correspondant au nombre de jours de vie: à 2 jours de vie, 2 mictions et plus; 4 jours, 4 mictions; et ainsi jusqu'à 6 jours de vie.
- Après 6 jours, le bébé devrait faire au moins 6 à 8 mictions par jour.
- Les mictions du nouveau-né sont jaune paille et presque inodores.
- Un dépôt couleur rose saumon peut aussi être présent. Il s'agit de cristaux d'urates qui sont normaux les 2 à 3 premiers jours de vie.
- Si les mictions ne sont pas assez fréquentes, c'est peut-être un signe de déshydratation, confirmé par une perte de poids, une dépression de la fontanelle antérieure et la présence d'un pli cutané.

ALERTE

- ▶ **Bébé fait moins de 2 selles par jour au cours des 6 premières semaines de vie; ce peut être un signe d'un apport insuffisant de lait maternel.**
- ▶ **Selles verdâtres de façon continue**
- ▶ **Sang dans les selles, diarrhée (anneau de liquide autour des selles, selles liquides comme de l'eau).**
- ▶ **Urine concentrée (foncée)**
- ▶ **Moins de 3 mictions (urine) par 24 h**
- ▶ **Méconium encore présent après la 4e journée de vie.**
- ▶ **Selles dures et sèches**

RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 27-29.

Labbé, J. 2001. *Votre enfant de la naissance à 4 semaines*. Bulletin pédiatrique. Québec: Édition Jean-Guy Émond.

Ligue La Lèche. 1999. *Traité de l'allaitement maternel*. Saint-Hubert: Ligue La Lèche.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Soins du cordon ombilical

Les parents connaissent les soins à donner au cordon ombilical du nouveau-né.

INFORMATION AUX PARENTS

CARACTÉRISTIQUES DU CORDON OMBILICAL

- De coloration blanchâtre à la naissance, il devient noir en séchant.
- La chute du cordon se produit entre le 7e jour et le 20e jour, mais peut prendre jusqu'à 1 mois pour tomber.

SOINS

- Nettoyer doucement la base du cordon avec un coton-tige imbibé d'eau 2 à 3 fois par jour, ou à chaque changement de couche jusqu'à cicatrisation. Ne pas utiliser d'alcool qui retarde la chute du cordon.
- Bien assécher, pour diminuer l'odeur et le risque infection.
- Toujours garder le nombril au sec et à l'air: ne pas couvrir avec une compresse ou avec la couche.

ALERTE

- ▶ **Fièvre**
- ▶ **Saignement persistant après la chute du cordon**
- ▶ **Rougeur et œdème (enflure) autour du cordon**
- ▶ **Odeur nauséabonde du cordon**

RÉFÉRENCE

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 42-43. ◄

Ictère du nouveau-né

Les parents connaissent les signes de l'ictère.

Les parents connaissent les mesures à prendre pour favoriser l'élimination de la bilirubine.

DÉFINITIONS

ICTÈRE Coloration jaune de la peau due à la présence de pigments biliaires (bilirubine).

ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE Réaction physiologique causée par la destruction normale des érythrocytes fœtaux.

KERNICTÈRE (ictère nucléaire) Syndrome de lésions cérébrales graves, provoquées par le dépôt de bilirubine libre ou indirecte dans les cellules cervicales. Il est actuellement impossible de prévoir le niveau de bilirubinémie qui risque de provoquer un ictère nucléaire.

ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

SYNTHÈSE ET MÉTABOLISME DE LA BILIRUBINE

- La bilirubine est l'un des produits de la dissociation de l'hémoglobine découlant de la destruction des globules rouges.
- Le nouveau-né produit deux fois plus de bilirubine que l'adulte à cause de la concentration plus élevée d'érythrocytes dans l'appareil circulatoire, et de la durée de vie plus courte des globules rouges (80 jours chez le nouveau-né comparativement à 120 jours chez l'adulte).
- La capacité du foie à conjuguer la bilirubine est réduite en raison de la production limitée de glucurolyl-transférase.
- Le nouveau-né possède une capacité inférieure de fixation de la bilirubine en raison d'une moins grande concentration d'albumine disponible. (*voir schéma du métabolisme de la bilirubine*)

STATISTIQUES

- Environ 60% des nouveau-nés développent un ictère physiologique.
- Plus de 50% des bébés allaités font un ictère d'allaitement maternel tardif.
- 1% des bébés qui font un ictère tardif auront une bilirubine supérieure à 340 µmol/l.

CARACTÉRISTIQUES

- Signes d'un ictère:
  - Peau, conjonctives et muqueuse buccale de couleur jaunâtre.
  - Urine et selles plus foncées
  - Changement de comportement: léthargie, irritabilité.
- Développement progressif
- Progression céphalocaudale
- Plus l'étendue est grande, plus le niveau de bilirubine augmente.
- Facteurs de risque:
  - Ictère néonatal dans la fratrie
  - Prématurité
  - Poids de naissance inférieur à 2500 g
  - Insuffisance d'allaitement maternel
  - Ethnie asiatique
  - Déshydratation
  - Perte de poids excessive après la naissance
  - Infection (septicémie)
  - Diabète mellitus ou diabète gestationnel chez la mère
  - Hématome, ecchymose

CLASSIFICATION

1. ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE

Problématique néonatale la plus fréquente

ICTÈRE PHYSIOLOGIQUE		
	bébé à terme	bébé prématuré
DÉBUT D'APPARITION	2e au 4e jour	2e au 4e jour
PIC	3e au 5e jour	5e ou 6e jour
Orientaux et Autochtones	5e ou 6e jour	
DISPARITION	Dans la première semaine	Vers le 9e ou 10e jour
Orientaux et Autochtones	7e au 10e jour	

2. ICTÈRE D'ALLAITEMENT MATERNEL PRÉCOCE

- Difficulté à l'allaitement maternel
- Ictère de jeûne
- Apparition dans les premiers jours
- Diminution de calories ingérées qui entraîne un délai dans l'élimination du méconium.
- Cycle entéro-hépatique réactivé
- Plus fréquent chez les bébés qui reçoivent des suppléments pour succion inefficace.

3. ICTÈRE AU LAIT MATERNEL TARDIF

- Se présente après 5 jours de vie.
- Augmentation graduelle de la bilirubine.
- Peut persister quelques semaines à quelque mois.
- Pourrait être relié à un changement dans la composition du lait qui favorise le cycle entéro-hépatique.
- Bébé en santé, gain de poids adéquat.
- Traitement rarement nécessaire, se résorbe spontanément.

4. ICTÈRE PATHOLOGIQUE

- Tout ictère pendant les 24 premières heures de vie
- Se poursuit au-delà de la 1re semaine de vie chez le nouveau-né à terme.
- Se poursuit au-delà de la 2e semaine de vie chez le nouveau-né prématuré.

FACTEURS DE RISQUE

- Ictère pendant les 24 premières heures de vie
- Ictère au congé de l'hôpital
- Fratrie atteinte de l'ictère
- Âge gestationnel de 35 semaines à 38 semaines
- Insuffisance d'allaitement maternel
- Ecchymoses
- Céphalhématome
- Incompatibilité Rh ou ABO
- Maladies héréditaires touchant les globules rouges (hémolyse, G6PD)
- Maladies héréditaires touchant la conjugaison de la bilirubine
- Polycythémie
- Infections chez le bébé

ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

5. ICTÈRE PAR CHOLESTASE

- 1:10 000 naissances vivantes
- Problème hépatique (atrésie des voies biliaires)
- Augmentation de la portion conjuguée de la bilirubine
- Accumulation de bile dans les conduits
- Détérioration du foie (cirrhose)

SYMPTÔMES

- Urine foncée et selles décolorées reliées à l'absence de bilirubine
- Peau de coloration verdâtre bronze

TRAITEMENT

- Chirurgie ou transplantation du foie
- Fatal si traitement infructueux

6. KERNICTÈRE (ictère nucléaire)

- Complication de l'hyperbilirubinémie
- Atteinte neurologique réversible ou permanente
- Recrudescence importante depuis 20 ans

SYMPTÔMES DE L'ICTÈRE NUCLÉAIRE

Large spectre de symptômes qui évoluent au fur et à mesure que les atteintes neurologiques s'aggravent :

- Léthargie, hypotonie, succion faible
- Hypertonie, opisthotonus, fièvre, convulsions
- Mort

SÉQUELLES, DE LÉGÈRES À GRAVES

- Perte auditive
- Dysplasie dentaire
- Handicap intellectuel

TRAITEMENT ET SOINS RELIÉS À L'HYPERBILIRUBINÉMIE

- Prévention de l'hypothermie
- Boires fréquents (maintient l'hydratation, favorise l'élimination de bilirubine).
- Photothérapie
  - Intervention thérapeutique efficace qui réduit les concentrations de bilirubine et qui, par conséquent, prévient l'atteinte à des niveaux élevés reliés aux séquelles permanentes de l'ictère nucléaire.
  - Agit sur la bilirubine indirecte à 2 mm sous l'épiderme.
  - Modifie la bilirubine par photo-isomérisation en une lumirubine hydrosoluble excrétée dans l'urine.
  - L'exposition maximale de la peau aux rayons optimise l'efficacité du traitement.
  - L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué durant le traitement de photothérapie et devrait même être maintenu.
  - L'augmentation de la fréquence de l'allaitement maternel est profitable pour assurer une hydratation adéquate et favoriser l'élimination (SCP, 1999).
- Exanguinotransfusion (plus rarement utilisée)
  - Corrige l'anémie.
  - Permet d'arrêter l'hémolyse en remplaçant les globules rouges sensibilisés par des globules rouges non sensibilisés aux anticorps maternels.

DIMENSION BIOLOGIQUE

Métabolisme de la bilirubine

INFORMATION AUX PARENTS

POUR DÉCELER L'ICTÈRE (ou jaunisse)

- Placer le nouveau-né à la lumière du jour afin d'éliminer la distorsion de la lumière artificielle.
- Presser avec un doigt pendant quelques secondes une proéminence osseuse (bout du nez, front, sternum); s'il y a ictère, la peau deviendra jaunâtre immédiatement après avoir pâli.
- Examiner les conjonctives, les sacs conjonctivaux et les gencives; on décèle l'ictère plus facilement de cette façon chez les bébés à peau foncée.
- Dans le doute face à la coloration de la peau, consulter une infirmière ou un médecin.
- Les boires fréquents favorisent l'élimination de la bilirubine par les selles et les urines:
  - 8 à 12 fois par 24 h pour les bébés allaités.
  - Minimum 6 fois par 24 h pour les bébés nourris au biberon.
  - Réveiller le bébé dormeur pour les boires en le découvrant, ou en stimulant la paume de ses mains, sa tête et ses pieds.

ALERTE

- ▶ Difficulté à éveiller le bébé, léthargie
- ▶ Manque d'intérêt pour l'alimentation
- ▶ Tonus musculaire faible
- ▶ Irritabilité
- ▶ Signes de déshydratation: somnolence, sécheresse de la bouche, yeux creux, fontanelles affaissées, urine foncée et moins fréquente.
- ▶ Selles décolorées et urine foncée

BOÎTE À OUTILS

Protocole

RÉFÉRENCES

Reiser, D. 2001. «Hyperbilirubinemia, Exploring neonatal conditions related to bilirubin production». *Awbonn Lifelines*, volume 5, numéro 3, p. 55-61.

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme*. FN98-02. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Hyperbilirubinémie néonatale grave*. www.cps.ca ◄

Soins des fesses et organes génitaux

Les parents connaissent les soins à donner aux fesses et aux organes génitaux.

INFORMATION AUX PARENTS

Fesses

ÉRYTHÈME FESSIER (rougeurs aux fesses)

- Au contact des urines, les fesses du bébé peuvent devenir rouge vif, chaudes et douloureuses.
- Il arrive que les rougeurs soient reliées à une infection à champignons, particulièrement si le bébé a du muguet dans la bouche.

TRUCS POUR REMÉDIER À L'ÉRYTHÈME FESSIER

- S'assurer de bien rincer les couches en coton après usage.
- Certaines couches en papier sont plus irritantes. Changer de sorte au besoin.
- Changer la couche du bébé dès qu'elle est mouillée ou souillée.
- Laver les fesses avec une eau tiède dans laquelle on a ajouté une goutte d'huile d'olive. Bien assécher en épongeant, ne pas frotter.
- Exposer les fesses du bébé à l'air pendant 20 min, 3 à 4 fois par jour.
- Appliquer une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée ou de la vaseline.
- S'il y a présence d'infection à champignons, un traitement antifongique doit être utilisé. Les rougeurs ne disparaissent pas avec les crèmes à base d'oxyde de zinc.
- Si les rougeurs persistent après 3 ou 4 jours malgré l'usage de crème à base d'oxyde de zinc, consulter un médecin.

Organes génitaux chez la fille

- Les petites lèvres sont gonflées pendant 2 à 3 jours après la naissance.
- Il peut y avoir présence de sécrétions vaginales teintées de sang. Il s'agit de pseudo-menstruations qui sont normales et conséquentes au retrait des hormones maternelles suite à la naissance.

SOINS

- Nettoyer la vulve lors du bain et à chaque changement de couche.
- Utiliser de l'eau et du savon doux en présence de selles, ou au moins 1 fois par jour.
- Nettoyer du méat urinaire vers l'anus afin d'éviter d'entraîner des matières fécales vers le vagin et l'urètre.
- Bien rincer et bien assécher afin de prévenir les irritations.

Organes génitaux chez le garçon

- Les testicules sont généralement descendus dans les bourses et le scrotum est rouge violacé.
- Le prépuce adhère au gland; il se détache du gland naturellement dans la première année de vie. 90% des garçons sont naturellement dilatés à 3 ans.

SOINS

- Laver quotidiennement le pénis avec un savon doux, rincer et assécher.
- Ne jamais faire des manipulations excessives pour décoller le prépuce du gland.

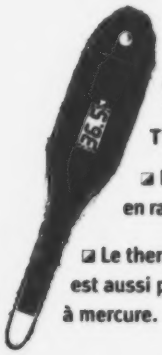
RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 25-26.

Lowdermilk L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby. ◄

Température et fièvre

Les parents connaissent les spécificités liées à chacune des mesures et méthodes courantes de la prise de température chez le nouveau-né.



CARACTÉRISTIQUES

TYPES DE THERMOMÈTRE

- Le thermomètre à mercure n'est plus recommandé en raison des dangers pour l'environnement (SCP, 2002).
- Le thermomètre numérique (digital / électronique) est aussi précis que le thermomètre à mercure.

MÉTHODES COURANTES POUR LA PRISE DE TEMPÉRATURE

THERMOMÉTRIE RECTALE

- La température rectale varie selon de la profondeur à laquelle le thermomètre est introduit, le débit sanguin local et la présence de selles.
- Délai entre la baisse de la température rectale par rapport à la température interne réelle (SCP, 2003).
- Vigilance face aux risques de perforation rectale chez le nouveau-né.
- Méthode la plus précise pour les enfants de moins de 2 ans.

THERMOMÉTRIE AXILLAIRE

- Sensibilité et spécificité faibles
- Recommandée pour dépister la fièvre seulement (SCP, 2002).
- Si la fièvre est dépistée par thermométrie axillaire, confirmer la lecture par voie rectale.

TROIS MÉTHODES NON RECOMMANDÉES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

- Thermométrie buccale
- Thermométrie auriculaire
- Bandelettes thermosensibles (imprécises)

TABLEAU DE CONVERSION

°F	°C
105,8	41
105	40,5
104,4	40,2
104	40
103,8	39,9
103,4	39,7
103	39,4
102,2	39
102	38,8
101	38,5
100,9	38,3
100,8	38,2
100,4	38
100,2	37,9
100	37,8
99,8	37,6
99,7	37,6
99,6	37,5
99,5	37,5
99	37,2
98,6	37
98	36,6

LA TEMPÉRATURE NORMALE pour le nouveau-né varie selon la méthode utilisée :

AXILLAIRE
36,2 °C à 37,2 °C

RECTALE
36,5 °C à 38 °C

TEMPÉRATURE ET FIÈVRE

INFORMATION AUX PARENTS

PRISE DE TEMPÉRATURE

- L'usage des thermomètres à mercure n'est pas recommandé. Possibilité d'exposition à cette substance toxique en cas de bris.
- La température rectale est plus précise avec les enfants de moins de 2 ans.
- La température sous l'aisselle est moins précise. Elle peut cependant déceler la fièvre.
- Si la fièvre est décelée avec la prise de température sous les aisselles, utiliser aussi la voie rectale pour obtenir une lecture exacte.
- La prise de température buccale est à éviter avec les enfants de moins de 5 ans pour des raisons de sécurité.
- La prise de température par l'oreille n'est pas recommandée avec les enfants de moins de 2 ans pour des raisons de fiabilité (manipulation de l'appareil).

PROCÉDURES POUR PRENDRE LA TEMPÉRATURE RECTALE (1re CHOIX)

- Nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincez-le.
- Couvrir le bout argenté de gelée de pétrole (vaseline).
- Placer le bébé sur le dos, les genoux pliés.
- Insérer le thermomètre doucement dans le rectum à environ 2,5 cm, tout en le maintenant entre les doigts.
- Un signal sonore se fait entendre lorsque la température est prise.
- Nettoyer le thermomètre.

PROCÉDURES POUR PRENDRE LA TEMPÉRATURE SOUS LES AISSELLES (2e CHOIX)

- Si la fièvre est décelée avec la prise de température sous les aisselles, utiliser aussi la voie rectale pour obtenir une lecture exacte.
- Utiliser un thermomètre rectal.
- Nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincer. Placer le bout du thermomètre au centre de l'aisselle. Tenir le bras du nouveau-né bien collé sur le corps.
- Un signal sonore se fait entendre lorsque la température est prise.

Les parents connaissent les soins à donner au nouveau-né qui fait de la fièvre.

DÉFINITIONS

FIÈVRE Hausse de température centrale du corps à un niveau supérieur au seuil normal. Chez le nouveau-né, il y a fièvre lorsque la température rectale dépasse 38 °C (100,4 °F).

La fièvre est un mécanisme de défense contre les infections virales et bactériennes.

FRISSONNEMENT Mécanisme de défense du corps qui vise à conserver la température du corps en produisant de la chaleur, ce qui provoque une vasoconstriction des vaisseaux, conservant ainsi le sang dans les viscères plutôt qu'en périphérie.

CARACTÉRISTIQUES

- Causes les plus inquiétantes de fièvre chez le nouveau-né : infection urinaire, septicémie, méningite.
- Tout enfant âgé de moins de 6 mois doit être examiné si présence de fièvre (Mieux vivre, 2003).

PHYSIOPATHOLOGIE ET MANIFESTATIONS

- La fièvre aide l'organisme à combattre la maladie :
  - en augmentant l'activité du système immunitaire.
  - en renforçant le rôle de défense des globules blancs.
  - en réduisant les réserves en fer de l'organisme et en les rendant non disponibles aux micro-organismes infectants.
  - en inhibant la libération des toxines par les micro-organismes.
- L'ampleur de la fièvre n'est pas un indicateur de la gravité de la maladie. Une température normale, ou sous la normale, chez le nourrisson de moins de 3 mois peut également s'associer à des infections graves en présence d'autres signes révélateurs (perte d'appétit, changements de comportement : irritabilité, asthénie...).
- La fièvre et le frissonnement augmentent les besoins en oxygène, en liquide et en calories de l'organisme. Chaque hausse de température de 1 °C augmente de 10 % les besoins énergétiques. Ces besoins sont de 3 à 5 fois plus grands lorsqu'il y a présence de frissonnement.
- Les convulsions peuvent accompagner une poussée fébrile.

TEMPÉRATURE ET FIÈVRE

STATISTIQUES ET CONVULSIONS FÉBRILES

- Les convulsions fébriles chez les enfants se produisent dans une proportion de 3 % à 4 %.
- La plupart des épisodes de convulsions fébriles se produisent entre l'âge de 6 mois et 3 ans, avec un pic d'incidence à 18 mois.
- Les garçons sont affectés deux fois souvent que les filles (Hockenberry *et al.*, 2003).
- Le risque que des convulsions fébriles surviennent est de 30 % chez un enfant dont les deux parents ont présenté des convulsions fébriles dans l'enfance.
- 95 % à 98 % des enfants qui font des convulsions fébriles ne développent pas d'épilepsie ou de dommages neurologiques suite à ces épisodes.
- En général, les enfants qui ont une épisode de convulsion fébrile n'ont pas d'autres épisodes par la suite.
- Facteurs de risque de récidive :
  - Histoire familiale de convulsions fébriles
  - Jeune âge de l'enfant lors de l'épisode de convulsions (moins de 1 an).
  - Manifestation du 1er épisode au cours d'une fièvre peu élevée et de durée brève (Sivelle, 1998).

SOINS INFIRMIERS ET TRAITEMENT

Le traitement de la fièvre vise principalement le confort de l'enfant.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

- Le traitement le plus efficace est l'usage d'antipyrétiques.
  Note. – Dans l'éventualité où l'enfant a besoin d'une consultation médicale immédiate, il est recommandé de s'abstenir de donner un antipyrétique. L'enfant sera évalué et traité sur place.
- L'acétaminophène et l'ibuprofène sont efficaces et d'innocuité satisfaisante.
- L'acétaminophène est le médicament de premier choix pour la prise en charge de la fièvre et des douleurs, compte tenu du grand volume de données sur l'innocuité du produit (SCP, 2002).
- L'ibuprofène est réservé aux enfants de plus de 6 mois qui tolèrent mal l'acétaminophène (refus, vomissement associé), et qui ne souffent pas de maladies rénales ou de déshydratation (SCP, 2002).
- L'usage de l'aspirine (ASA) est contre-indiqué en raison de l'association du syndrome de Reye avec l'usage de l'aspirine chez les enfants atteints du virus de l'influenza et de la varicelle.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

- Les mesures reliées à l'environnement pour réduire la température sont efficaces dans la mesure où elles n'induisent pas de frissonnement.
- Les mesures traditionnelles (tenue vestimentaire légère, réduction de la température de la pièce, aération de la pièce, compresses humides sur le front) sont plus efficaces si on les emploie environ 1 h après l'absorption d'antipyrétique. Ces mesures de refroidissement provoquent alors moins de frisson, puisque l'antipyrétique abaisse la température du corps.
- Le bain d'éponge n'est plus recommandé. Il est stressant pour l'enfant fiévreux et son efficacité est de courte durée (Doré et Le Hénaff, 2003).

INFORMATION AUX PARENTS

Fièvre chez le nouveau-né

- La présence de fièvre chez le nourrisson nécessite une consultation médicale.
- Dans l'éventualité où l'enfant a besoin d'une consultation médicale immédiate, il est recommandé de s'abstenir de donner un antipyrétique. L'enfant sera évalué et traité sur place.
- Lorsque le nouveau-né fait plus de 38,5 °C (voie rectale), un médicament comme l'acétaminophène est recommandé.
- Ne pas donner d'ibuprofène chez l'enfant de moins de 6 mois.
- L'usage de l'aspirine (ASA) est contre-indiqué.
- Le traitement de la fièvre vise principalement le confort de l'enfant.
- Administrer la dose selon le poids de l'enfant.
- Reprendre la température 60 min après l'administration du médicament.
- Une tenue vestimentaire légère, une réduction de la température de la pièce, sont plus efficaces lorsque employées environ 1 h après la prise d'acétaminophène.
- Le bain d'éponge et le bain tiède ne sont pas recommandés pour traiter la fièvre, car ils sont inefficaces et provoquent souvent de l'inconfort et des frissons.
- Ne pas frictionner avec de l'alcool à friction à cause du risque d'intoxication.
- Faire boire plus souvent pour éviter la déshydratation.
- S'assurer que le bébé mouille 6 à 8 couches par jour.

TEMPÉRATURE ET FIÈVRE

CONVULSION FÉBRILE

S'il y a perte de conscience ou mouvements saccadés, que faire ?

- Rester calme.
- Tourner la tête de l'enfant sur le côté, ne rien mettre dans sa bouche.
- Consulter un médecin.

ALERTE

Une consultation médicale est requise si l'enfant présente une ou plusieurs de ces caractéristiques :

- ▶ Nourrisson de moins de 6 mois
- ▶ Convulsions fébriles
- ▶ Détérioration de l'état général
- ▶ Difficulté à réveiller ou consoler le bébé
- ▶ Refus de boire
- ▶ Vomissement fréquent
- ▶ Déshydratation
- ▶ État du bébé inquiétant

RÉFÉRENCES

Comité de la pédiatrie communautaire de la SCP. 2003. *Comment prendre la température d'un enfant*. Soins de nos enfants. www.cps.ca

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 402-408.

Hockenberry, M.J. 2003. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Sivelle, G. 1998. *Convulsions fébriles du nourrisson. Consultations du Corpus médical pédiatrie*. www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpmed/Corpus/corpus/question/pedi254.htm

Sharber, J. 1997. «The efficacy of tepid bathing to reduce fever in young children». *American Journal of Emergency Medecine*, volume 15, numéro 2, p. 188-192.

Société canadienne de pédiatrie. 2003. *La mesure de la température en pédiatrie*. CP00-01. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Utilisation de l'acétaminophène et de l'ibuprofène dans la prise en charge de la fièvre et de la douleur légère ou modérée chez l'enfant*. DT98-01. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 1993. *Le bien-être des enfants. La fièvre*. www.cps.ca ◄

Circoncision

Les parents prennent connaissance des données probantes liées aux avantages et risques de la pratique de la circoncision.

Les parents connaissent les soins reliés à la circoncision.

DÉFINITIONS

CIRCONCISION Intervention chirurgicale qui consiste à exciser le prépuce.

PRÉPUCE Repli cutané couvrant le gland du pénis.

STATISTIQUES

- La pratique de la circoncision est une pratique courante dans les sociétés juives et islamiques.
- Au Canada, 48 % des garçons sont circoncis pour des raisons d'ordre religieux, culturel, médical ou par choix des parents. Au Québec, il est estimé que seulement 3 % des garçons sont circoncis en raison du choix des parents.

POSITION DES ORGANISATIONS

- Depuis une quinzaine d'années, le corps médical québécois, la Société canadienne de pédiatrie et l'Académie américaine de pédiatrie ne recommandent pas d'emblée la circoncision.
- Dans l'éventualité d'une circoncision, ces mêmes organisations considèrent important de se soucier du soulagement de la douleur lors de l'intervention.

RÉSULTATS DE RECHERCHE SUR LA CIRCONCISION

(www.cps.ca)

- Les complications reliés à la circoncision varient énormément. Des chercheurs ont suggéré un taux réaliste se situant entre 2 % à 10 % (Williams et Kapila, cités par SCP, 2002) :
  - Hémorragie
  - Infection
  - Sténose du méat urinaire
  - Fistule urétrale
  - Déformation du pénis

EFFETS À LONG TERME DE LA CIRCONCISION

- Crises de pleurs plus longues et réactions à la douleur plus élevées chez les garçons circoncis, comparativement aux garçons non circoncis lors de la vaccination à l'âge de 4 mois et 6 mois (Taddio *et al.*, 1995).
- Malgré la faible incidence globale d'infection urinaire chez les garçonnets (1 % à 2 %), certaines études affirment que la circoncision pourrait diminuer davantage ce pourcentage (www.cps.ca).
- Le taux d'incidence du cancer du pénis est très faible, soit de 0,3 à 1,1 homme sur 100 000 par année dans les pays industrialisés. Toutefois, certains chercheurs affirment que les hommes circoncis durant leur période néonatale auraient trois fois moins de risque de développer le cancer du pénis que ceux qui ne sont pas circoncis (Kaufman *et al.*, 2001).
- Les résultats d'études sont contradictoires concernant la diminution du risque de MTS chez les hommes circoncis (Kaufman *et al.*, 2001).

RÉSULTATS DE RECHERCHE SUR LA DOULEUR ET LA CIRCONCISION (CPS, 2002)

Nouveau-né non soulagé avec blocage pénien:

- Augmentation accrue du rythme cardiaque
- Augmentation du taux de cortisol
- Baisse de saturation en oxygène
- Pleure plus longtemps

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

Les parents peuvent être ambivalents face à la décision de circoncire leur bébé garçon. L'infirmière peut être appelée à les assister dans leur choix.
Elle peut aussi avoir à répondre aux questions des parents après la consultation médicale, et elle s'assure qu'ils connaissent les options disponibles pour soulager la douleur, dans l'éventualité où la circoncision est préférée.

SUGGESTIONS DE MÉTHODES DE CIRCONCISION

MESURES PHARMACOLOGIQUES

- Application d'un anesthésique topique (crème Emla) 1 h avant l'intervention, sur ordonnance médicale.
- Administration d'acétaminophène 1 h avant la procédure tel que prescrit par le médecin. L'acétaminophène peut diminuer la douleur durant la période immédiate suivant la circoncision ce qui, en retour, est susceptible d'améliorer l'interaction mère-bébé en période post-opératoire (Macke, 2001).

Bien que la pratique du blocage nerveux pénien dorsal soit une méthode efficace pour soulager la douleur durant la circoncision, la Société canadienne de pédiatrie considère qu'il faille procéder à des études supplémentaires pour identifier les agents les plus efficaces et les moins risqués.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Emmailloter les bras et les jambes du bébé avec une couverture le réchauffe et le rassure.

Réchauffer les solutions topiques stériles à l'aide d'une couverture chaude.

Mettre une musique de relaxation avant, durant et après l'intervention. Permettre aux parents de choisir la musique.

Utiliser une solution orale de sucrose 24 % donnée avant et / ou durant l'intervention à l'aide d'une seringue (0,1 ml à la fois), ou d'une sucette trempée régulièrement dans la solution (5 ml de sucrose et 20 ml d'eau stérile).

Réconforter le bébé immédiatement après la procédure et encourager la mère à le nourrir dans les plus brefs délais. Des chercheurs ont démontré que, après la circoncision, le bébé est bien éveillé et boit avec succès. Par la suite, il tombe dans un sommeil profond conséquemment au stress de la circoncision (Macke, 2001).

INFORMATION AUX PARENTS

Le bébé est gardé à jeun 1 h à 2 h avant la procédure afin de prévenir l'aspiration.

Durant l'intervention, le bébé est placé sur une planche spéciale afin d'immobiliser les jambes et les bras.

Un pansement avec de la gelée de pétrole est appliquée sur le pénis afin d'éviter une adhérence à la couche. Si le pansement adhère au pénis, mouiller le pansement généreusement avec de l'eau; il devrait se décoller aisément.

La couche est installée de façon plus lâche, pour éviter la friction entre le pénis et la couche.

La circoncision est évaluée aux 30 min les premières 2 h pour tout signe de saignement excessif et ensuite aux 2 h. Il est normal que le pansement soit taché de sang, cependant ce saignement ne doit pas être continu.

La première miction est notée afin de s'assurer que le bébé n'éprouve pas de difficulté à uriner.

Vers la 2e journée, un exsudat (dépôt de sécrétions) jaunâtre peut apparaître sur le gland. Ceci n'est pas un signe d'infection et ne devrait pas être enlevé. L'exsudat disparaît au cours de la guérison. Le pénis doit être nettoyé doucement au moins 1 fois par jour avec de l'eau.

Aviser un intervenant de la santé (infirmière, médecin) si vous êtes inquiet de la présence de saignement, d'œdème (enflure), l'absence d'élimination, ou s'il y a suspicion d'infection.

ALERTE

- Saignement actif
- Absence d'élimination selon les paramètres
- Signes d'infection

RÉFÉRENCES

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 24.

Hockenberry, M.J. 2003. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. St-Louis: Mosby.

Kaufman, M.W., J.Y. Clark et C.L. Castro. 2001. «Neonatal circumcision benefits, risks, and family teaching». *MCN*, volume 26, numéro 4, p. 197-201.

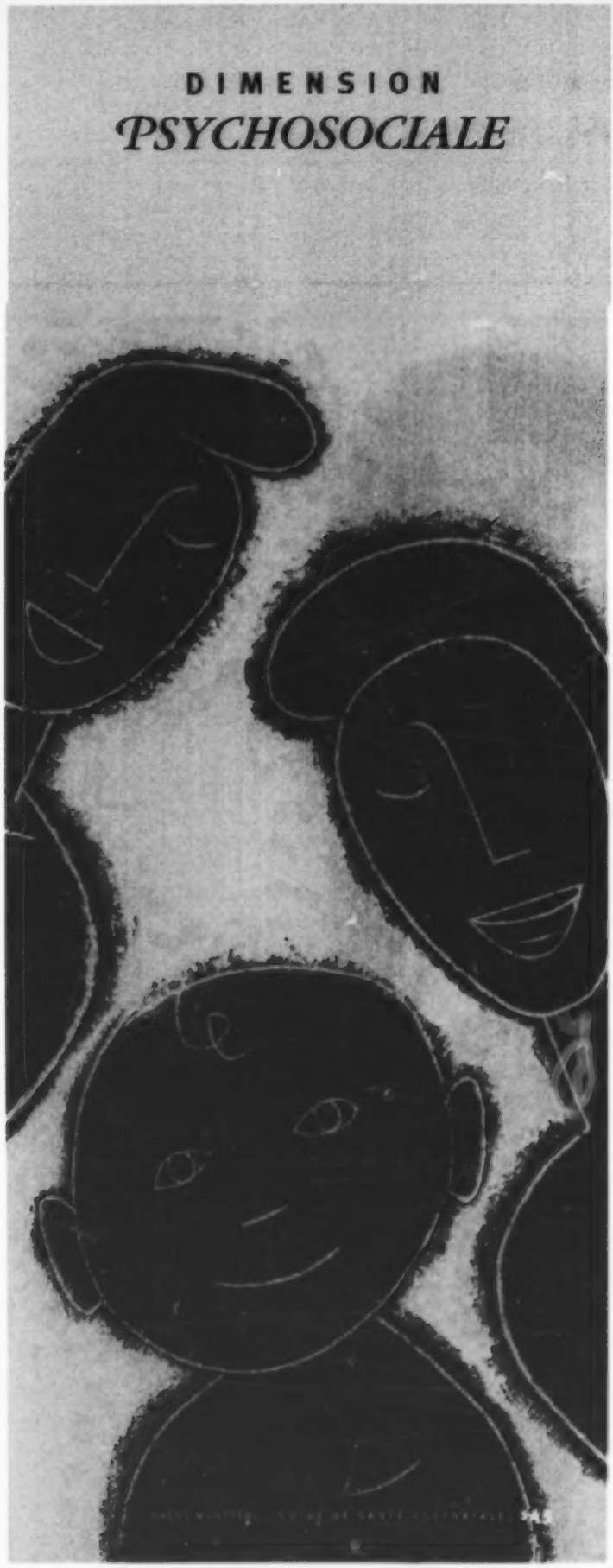
Macke, J.K. 2001. «Analgesia for circumcision: Effects on newborn behavior and mother/infant interaction». *JOGNN*, volume 30, numéro 5, p. 507-514.

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *La circoncision néonatale revisitée*. www.cps.ca/francais/enonces/fn/fn96-01.htm

Taddio, A., M. Goldbach, M. Ipp, *et al.* 1995. «Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys». *Lancet*, numéro 345, p. 246-250.

Parce que papa est circoncis... www.infocirc.org. ◄

DIMENSION
PSYCHOSOCIALE

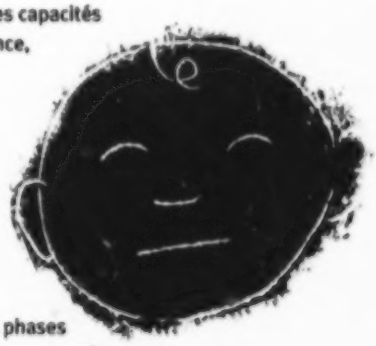


Comportements du nouveau-né

En collaboration avec l'infirmière, les parents ont l'opportunité d'observer et de décoder les comportements du nouveau-né.

- Selon Brazelton, le nouveau-né se comporte de façon à accomplir différentes tâches comportementales telles croître, bâtir des relation sociales et se faire une place dans le monde.

- Le nouveau-né utilise des capacités innées, comme l'intelligence, l'intégrité du système nerveux central et la personnalité, pour s'organiser et surpasser les adversités internes (faim, douleur...) et externes (chaleur, froid, toucher...).



- À travers les différentes phases d'éveil et de sommeil, le nouveau-né adopte des comportements lui permettant de s'organiser, maintenir un équilibre et interagir avec son environnement.

- Avantages pour les parents d'apprendre à décoder les comportements du nouveau-né :
  - Effets positifs sur les habiletés parentales.
  - Réaction mieux adaptée aux besoins du nouveau-né.
  - Favorise le développement d'une relation parent-enfant positive et la compétence parentale (Fowles, 1999).

CARACTÉRISTIQUES

- Brazelton décrit les comportements d'éveil et de sommeil sur un continuum de six états.
  (voir états d' éveil et de sommeil selon Brazelton)

- Le nouveau-né change d'état graduellement. Il expérimente les phases de sommeil / éveil en alternance. Un cycle complet peut durer environ 60 min à 90 min.

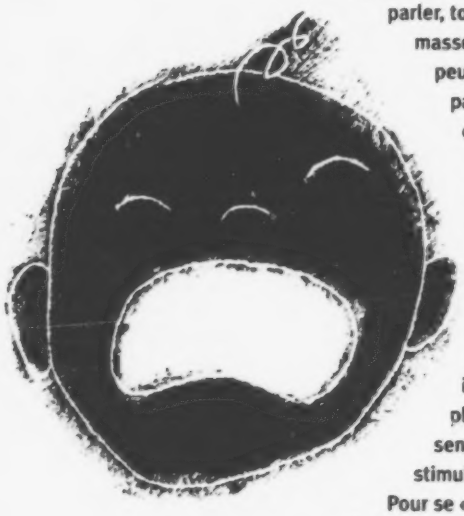
- Bien qu'il y ait des différences individuelles, le nouveau-né passe environ 18 h par jour dans les deux états de sommeil.

- Un nouveau-né en santé peut pleurer jusqu'à 3 h par jour.

◪ L'état d'éveil calme est souvent limité à quelques minutes à la fois. C'est une période idéale pour stimuler le nouveau-né, qui a la capacité de s'orienter vers des stimuli visuels et auditifs.

◪ Durant la période de somnolence (transition), le nouveau-né peut soit se retrouver dans une phase de sommeil, soit se réveiller complètement.

◪ Il peut afficher un sourire involontaire qui est un signe de satisfaction et de confort. Les parents sont encouragés à répondre à ce sourire, pour inciter le bébé à faire un sourire volontaire quelques semaines après la naissance (vers 6 semaines).



◪ Des interventions telles parler, toucher, découvrir, masser le nouveau-né peuvent l'aider à passer à l'état d'éveil.

◪ Durant la période d'éveil actif (transition), le nouveau-né démontre une activité corporelle intense et une plus grande sensibilité aux stimuli désagréables. Pour se «réorganiser», il se déplacera soit vers un état de somnolence en fermant les yeux pour couper les contacts avec l'extérieur, soit vers un état de pleurs.

◪ Calmer le bébé qui pleure lui permet de se «réorganiser».

BAIN INTERACTIF

Le bain interactif inclut le bain traditionnel (le soin de base), ainsi qu'un enseignement concernant les comportements du nouveau-né. Cette approche aide les parents à percevoir leur bébé comme un individu actif dans le système familial, avec sa propre individualité et ses préférences.

L'infirmière agit comme modèle et facilite l'apprentissage et la construction de liens entre la famille et le nouveau-né.

La fratrie et les membres significatifs de la famille élargie peuvent aussi être intégrés à ce type de soin.

L'infirmière encourage les parents à regarder, toucher et répondre aux comportements du nouveau-né.

QUAND

Le temps idéal pour donner le bain interactif se situe à mi-temps entre deux boires, c'est-à-dire quand le bébé ne vient pas juste de boire et qu'il n'a pas trop faim.

QUI DONNE LE BAIN

C'est à la convenance des parents. L'infirmière peut faire la démonstration, ou le parent peut être invité à donner le bain s'il se sent à l'aise.

ÉTATS D'ÉVEIL ET DE SOMMEIL SELON BRAZELTON

ÉTAT	BUT	CARACTÉRISTIQUES
SOMMEIL CALME (profond)	Repos et renouvellement	• Respiration régulière • Aucun REM • Sursauts occasionnels • Aucune activité motrice
SOMMEIL ACTIF (léger)	Repos et renouvellement	• Respirations irrégulières • REM • Expressions faciales • Succion • Sursauts • Mouvements du corps
SOMNOLENCE	Transition entre deux états	• Paupières lourdes • Regard vague, vitreux • Délai dans la réaction à la stimulation • À ce niveau, il peut se rendormir ou se réveiller selon le type de stimuli.
ÉVEIL CALME	Apprentissage et socialisation	• Yeux ouverts • Regard attentif et brillant • Concentre son attention sur les stimuli. • Activité corporelle minime
ÉVEIL ACTIF	Transition entre deux états	• Yeux ouverts • Activité corporelle intense • Sensibilité plus grande aux stimuli désagréables (bruit, manipulations, fatigue) • Mouvements faciaux
PLEURS	Relâchement émotionnel Communication de signaux d'alerte	• Yeux fermés • Activité motrice accrue • Grimaces • Concentration pauvre sur les stimuli de l'environnement

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS DURANT LE BAIN

Démontrer :

- le passage entre les différents états d'éveil et sommeil.
- les signaux d'engagement et de désengagement. (*voir page 152*)
- les comportements du bébé pour se calmer par lui-même.
- différentes interventions pour le calmer au besoin :
  - Le toucher.
  - Le prendre, le bercer, lui parler.
  - Croiser ses bras ou placer les mains sur son thorax.
  - L'emmailloter.
  - Faciliter la succion en l'encourageant à mettre son poing à la bouche.

- Principaux réflexes du nouveau-né :
  - Préhension palmaire (persiste jusqu'à 3 mois)
  - Préhension plantaire (jusqu'à 8 mois)
  - Points cardinaux (jusqu'à 4 mois, possiblement 12 mois)
  - Marche automatique (jusqu'à 3 semaines ou 4 semaines)
  - Natation ou reptation (jusqu'à 6 semaines)

INFORMATION AUX PARENTS

COMPORTEMENT DU NOUVEAU-NÉ

- Dès la naissance, le nouveau-né en santé est alerte et calme. Le contact précoce permet d'observer qu'il peut téter dès qu'il montre des signes de faim.
- Il a été démontré que les nouveau-nés qui bénéficient du contact peau à peau pleurent moins.
- Durant les premières 24 h de vie, le nouveau-né récupère de la naissance. Il peut être somnolent ou dormir pendant plusieurs heures. C'est possible qu'il ait besoin de stimulation pour boire durant cette période.
- Il est plus facile de le stimuler dans la phase de somnolence (paupières lourdes, succion de sa langue, mouvements des mains vers le visage), que pendant la période où il dort profondément (respiration régulière, sursauts occasionnels, aucun mouvement du visage).
- Après les premières 24 h, il adopte un cycle de sommeil et d'éveil. Il expérimente ces phases en alternance.
- Bien qu'il y ait des différences individuelles, le nouveau-né dort environ 18 h par jour.
- Une nouveau-né en santé peut pleurer jusqu'à 3 h par jour.
- Dès les premiers jours, les nouveau-nés démontrent des aptitudes innées.

COMPORTEMENTS DU NOUVEAU-NÉ

APTITUDE À S'«AUTOCALMER»

- Main à la bouche
- Succion du poing ou de la langue
- Attention portée à un son ou un objet

Le nouveau-né a aussi besoin de consolations extérieures: voir un visage, se faire prendre, se faire bercer, être emmailloté.

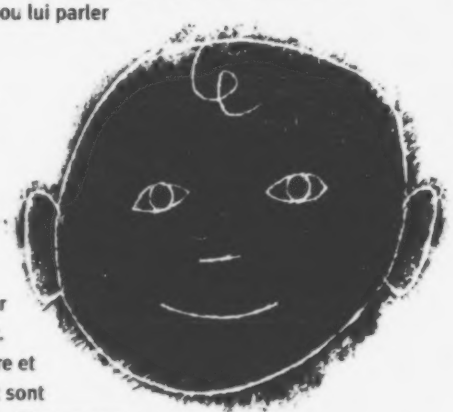
APTITUDE DU NOUVEAU-NÉ À SE PROTÉGER DE L'HYPERSTIMULATION

Il est capable de se protéger de l'hyperstimulation en arrêtant de réagir à un stimulus répétitif. Par exemple, s'il sursaute la première fois en entendant le téléphone sonner, sa réaction est moindre au fur à mesure que le stimulus se répète.

APTITUDE À S'ORIENTER PAR RAPPORT AUX STIMULI AUDITIFS ET VISUELS

- Stimuli visuels :
  - Est attiré par les visages, les formes rondes.
  - Cherche le contact visuel.
  - Voit à une distance de 25 cm à 30 cm.

Pour stimuler sa fonction visuelle, se placer devant lui à une distance de 25 cm à 30 cm, et se déplacer lentement de gauche à droite ou lui parler doucement.



Certains bébés n'ouvrent pas leurs yeux. L'œdème des paupières, le bruit dans la chambre, peuvent expliquer ce comportement. Baisser la lumière et diminuer le bruit sont des interventions efficaces pour les encourager à ouvrir les yeux.

- Stimuli auditifs :
  - Entend très bien.
  - Peut tourner la tête vers une variété de bruits.
  - Est particulièrement attiré par la voix de sa mère, qui lui est familière.

Lorsqu'il grimace ou tourne la tête en direction opposée au stimulus, ceci peut signaler que la stimulation est trop grande pour lui.

Le nouveau-né démontre des signaux d'engagement quand il est disposé à interagir avec l'environnement :

- Flexion des bras et jambes
- Bouche en forme de *o*
- Contact visuel yeux à yeux
- Alerte
- Consolable
- Mouvement de la main à la bouche
- Rythme respiratoire stable
- Mouvements lents et calmes
- Sourire volontaire (6e semaine)
- Gazouillement (6e semaine)

Le nouveau-né démontre des signaux de stress ou de désengagement pour indiquer qu'il reçoit trop de stimulation, ou qu'il a besoin de se retirer pour se reposer et se « réorganiser » :

- Yeux fermés
- Grimace faciale
- Éternuements
- Hoquet
- Bâillement
- Tremblements
- Langue sortie de la bouche
- Régurgitation ou vomissement
- Rythme respiratoire rapide
- Grognement
- Main à l'oreille
- Hyperextension du corps
- Pleur

Ces signaux n'indiquent pas en tout temps que le bébé est hyperstimulé. Cependant le fait de les connaître permet d'être un observateur averti pour ainsi évaluer la situation dans laquelle le bébé évolue.

COMMENT COMPOSER AVEC LES SIGNAUX DE DÉSENGAGEMENT DU NOUVEAU-NÉ ?

- Lui parler doucement.
- Diminuer l'éclairage.
- L'emmailloter.
- Le prendre sur son épaule quelques minutes.

RÉFÉRENCES

Karl, D.J. 1999. « The interactive newborn bath. Using neurobehavior to connect parents and newborns ». *MCN*, volume 24, numéro 6, p. 280-286.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry, I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*. 7e édition. St-Louis : Mosby. ◄

Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

Les parents identifient avec l'infirmière les stratégies pour prévenir la mort subite du nourrisson.

DÉFINITION

MORT SUBITE DU NOURRISSON Décès soudain, inattendu et inexpliqué d'un enfant âgé de moins de 1 an, d'apparence saine et sans antécédent pathologique.

STATISTIQUES

- Chaque semaine, trois nourrissons meurent au Canada de façon soudaine et inexpliquée (www.cps.org, CPS98-01).
- Depuis que l'on encourage les parents à coucher leur bébé sur le dos, il y a une diminution de 50% à 70% des cas de mort subite du nourrisson.
- Au Québec, le nombre de décès est passé de 55 à 60, à moins de 30 cas par année. La plupart des bébés décédés étaient des bébés couchés sur le côté qui ont roulé sur le ventre, ou des bébés dormant sur le ventre (Côté, 2002).
- Il a été estimé que 12% des cas de mort subite du nourrisson pourraient être évités si les mères cessaient de fumer en période prénatale (Pollack, 2001).
- L'incidence de mort subite du nourrisson serait plus faible chez les bébés allaités.

CARACTÉRISTIQUES

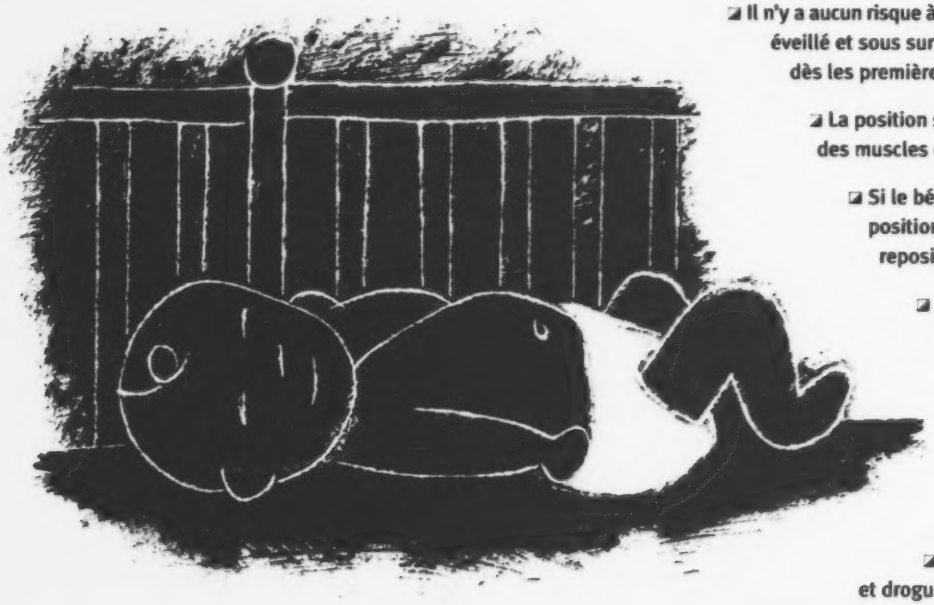
FACTEURS DE RISQUES

- Bébé dort couché sur le ventre.
- Exposition de la mère à la fumée de cigarette durant la grossesse.
- Consommation de drogue et d'alcool durant la grossesse.
- Exposition à la cigarette après la naissance.

- Exposition du bébé à un environnement trop chaud.
- Sommeil partagé avec un fumeur ou encore avec quelqu'un qui a une altération des réflexes (consommation d'alcool, drogues, médicaments, fatigue excessive). (Côté, 2002; SCP, 2002)

PLAGIOCÉPHALIE POSITIONNELLE

- Une conséquence possible de la position continue sur le dos est la plagiocéphalie positionnelle.
- Elle se produit lorsque la tête du nourrisson est toujours dans la même position quand il dort et lorsqu'il est éveillé.
- Bien que la déformation de la tête ne nuise pas au fonctionnement et au développement cérébral du bébé, et que l'aplatissement ait tendance à disparaître de lui-même, plusieurs parents sont inquiets de cette situation.
- Il est possible de prévenir la plagiocéphalie positionnelle dès la naissance. (*voir informations aux parents*)



RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- L'infirmière, dans ses rencontres multiples avec les parents en prénatal et postnatal, est en position de jouer un rôle actif dans la prévention du syndrome de mort subite, en les informant sur les mesures à prendre pour l'éviter.
- Une étude effectuée dans 94 hôpitaux de l'Iowa révèle que les nouveau-nés sont fréquemment placés sur le côté pour dormir. La principale raison évoquée par les infirmières est la crainte de l'aspiration (51,4 %) (Herman et Pettit, 2001).
- La Société canadienne de pédiatrie rapporte que même le nouveau-né qui est à la pouponnière ne risque ni de s'étouffer ni d'éprouver quelque difficulté que ce soit s'il dort sur le dos.
- L'infirmière joue un rôle modélisant essentiel dans la prévention de la mort subite du nourrisson, en adoptant une pratique dès la naissance, à l'hôpital, en lien avec ces recommandations.

INFORMATION AUX PARENTS

- La position sur le dos n'augmente pas le risque pour un bébé en santé de s'étouffer, ni d'éprouver des difficultés respiratoires pendant son sommeil.
- Il faut informer tous les gardiens de positionner le bébé sur le dos pour dormir.
- Il n'y a aucun risque à placer le bébé sur le ventre lorsqu'il est éveillé et sous surveillance. Il peut être placé sur le ventre dès les premières semaines de vie.
- La position sur le ventre favorise le développement des muscles du cou et du tronc.
- Si le bébé s'endort pendant qu'il est en position ventrale, il est important de le repositionner ensuite sur le dos.
- En vieillissant, le bébé se retourne par lui-même dans la position qu'il préfère. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de le remettre sur le dos durant son sommeil. Il est cependant recommandé de le positionner quand même sur le dos au coucher.
- Éviter un environnement avec fumée et drogue.
- L'allaitement maternel peut aider à protéger le bébé contre la mort subite du nourrisson.
- La température de la pièce doit être confortable (20°C à 22°C). Éviter de surchauffer.
- Il est recommandé d'utiliser un matelas ferme et plat, des draps et des couvertures légères.
- Les douillettes, les peaux d'agneaux, les jouets en peluche, les bordures de protection sont à éviter.

- Le bébé peut dormir avec ses parents, sauf si ceux-ci ont des réflexes altérés (consommation de drogue, alcool, fatigue excessive).

- Une conséquence possible de la position continue sur le dos est la plagiocéphalie positionnelle («tête plate»). Ce phénomène se produit lorsque la tête du nourrisson est toujours dans la même position quand il dort ou qu'il est éveillé.

- Comme les os du crâne du nourrisson sont mous, ils peuvent se déformer si la tête repose constamment dans la même position.

- Cet aplatissement de la tête ne nuit aucunement à la fonction et au développement du cerveau.

- Moyens pour prévenir la plagiocéphalie positionnelle ou «tête plate»:
  - Sous supervision, installer le bébé en position ventrale plusieurs fois par jour lorsqu'il est éveillé.
  - Alterner la positon du bébé lors de la mise au lit. Une journée la tête du bébé peut être placée à la tête du lit, tandis que le jour suivant elle est placée au pied du lit.
  - Un mobile peut être placé du côté opposé où le bébé a l'habitude de regarder.

RÉFÉRENCES

American Academy of Pediatrics. 2000. «Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. Changing concepts of sudden infant death. Syndrome: Implications for infant sleeping environnement and sleep position». *Pediatrics*, numéro 105, volume 3, p. 650-656.

Côté, A. 2002. *Dodo sur le dos… pour la vie et sommeil en sécurité*. Montréal: Service de médecine respiratoire, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 62-64.

Herman, A.H. et S.F. Pettit. 2001. «Back to sleep: Good advice for parents but not for hospitals?». *Pediatrics*, volume 107, numéro 3, p. 537-539.

Hockenberry, M.J. 2003. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. St-Louis: Mosby.

Moon, R.Y., K.M. Patel et S.J.M. Shaefer. 2000. «*Sudden infant death syndrome in child care settings*». *Pediatrics*, volume 10, numéro 2, p. 295-300.

Pollack, H.A. 2001. «Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy and effectiveness of smoking cessation intervention». *American Journal of Public Health*, volume 91, numéro 3, p. 432-436.

Société canadienne de pédiatrie. 1998, réapprouvé en 2002. *La mort subite du nourrisson au Canada: réduire le risque*. CPS01-02. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2001. *La plagiocéphalie positionnelle et la position du sommeil. Une mise à jour de l'énoncé conjoint sur la mort du nourrisson*. CPS01-02. www.cps.ca ◄

Syndrome du bébé secoué

Les parents prennent connaissance du phénomène du syndrome du bébé secoué et élaborent, en collaboration avec l'infirmière, des stratégies de prévention.

DÉFINITION

Le syndrome du bébé secoué est une pathologie qui survient lorsqu'un bébé est secoué violemment, habituellement par un parent ou une gardienne. C'est une forme de mauvais traitement.

CARACTÉRISTIQUES

- Souvent associé à un traumatisme à la tête et pouvant se caractériser par une hémorragie intracrânienne, une hémorragie rétinienne et des fractures des côtes et des os longs des extrémités.

- Les signes d'impact peuvent être visibles ou non et varier de non spécifiques, à légers, à sévères.

- Peut survenir à n'importe quel âge, cependant il est remarqué surtout chez les enfants de moins de 1 an. Les nourrissons sont particulièrement vulnérables en raison de la taille et du poids importants de leur tête, ainsi que de la faiblesse des muscles du cou.

- Les gestes de la vie quotidienne ou des activités normales de jeu ne peuvent produire des lésions de ce type.

- Symptômes des nourrissons secoués: irritabilité, gémissement, léthargie, diminution de l'appétit, vomissement sans diarrhée, convulsions, perte de conscience, difficulté respiratoire (pause, apnée), bradycardie, décès.

- Les symptômes non spécifiques sont souvent attibués à une maladie virale, à des coliques ou à un dysfonctionnement de l'alimentation (AAP, 2001).

STATISTIQUES

- Des données canadiennes récentes sur les enfants hospitalisés à la suite du syndrome du bébé secoué démontrent que 19% sont décédés, et 59% accusent un déficit neurologique ou visuel ou autres troubles de santé (Santé Canada, 2002).

- Des effets tardifs peuvent apparaître tels des troubles comportementaux ou cognitifs (troubles d'apprentissage, hyperactivité).

- L'incidence de ce syndrome pourrait être grandement mésestimée, en raison d'une absence de dépistage ou d'une sous-déclaration (le médecin ne déclare pas que le problème de l'enfant est relié au SBS).

- Une étude américaine révèle que le diagnostic de SBS a été négligé dans plus de 30 % des cas de traumatisme crânien violent chez les nourrissons (SCP, 2001).

- 95 % des blessures intracraniales et 64 % des blessures à la tête chez l'enfant de moins de 1 an sont attribuées à des enfants ayant reçu des mauvais traitements.

- 80 % des décès secondaires à un trauma à la tête chez les enfants de moins de 2 ans résultent de traumas non accidentels.

CAUSES

- Pleurs excessifs chez l'enfant
- Bébé difficile à nourrir
- Bébé agité

Ces causes peuvent provoquer exaspération et impatience chez les parents ou autres pourvoyeurs de soins.

INCIDENCE

- Se présente dans tous les groupes socio-économiques.
- Se présente plus souvent chez les garçons de moins de 6 mois.
- Les personnes les plus susceptibles de secouer un enfant sont les pères biologiques, les beaux-pères, les partenaires masculins des mères biologiques, les gardiennes et les mères biologiques.

FACTEURS DE RISQUE

- Isolement social
- Violence familiale
- Toxicomanie
- Troubles psychiatriques
- Adulte victime de violence durant son enfance ou adolescence
- Liens d'attachement fragiles
- Méconnaissance du développement de l'enfant

SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

PRÉVENTION

- Rassurer les parents sur la normalité des émotions qu'ils peuvent ressentir face aux pleurs du nouveau-né (frustration, exaspération, désespoir, envahissement, colère).

- Identifier avec les parents des stratégies sécuritaires pour pallier les sentiments de frustration, d'exaspération, de désespoir, d'envahissement et de colère, lorsqu'ils prennent soin du bébé.

- Mettre l'accent sur l'importance de **ne jamais secouer un bébé.**

INFORMATION AUX PARENTS

Les bébés pleurent en moyenne 1 h à 1 h 30 par jour durant les 3 premières semaines de vie.

STRATÉGIES POUR COMPOSER AVEC LES PLEURS DU BÉBÉ

VÉRIFICATIONS LORSQUE L'ENFANT PLEURE

> A-t-il faim?

> Le trou de la tétine est-il trop petit?

> A-t-il besoin d'un changement de couche?

> A-t-il besoin de faire un rot?

> A-t-il de la douleur?
- Les coliques se présentent souvent en soirée.
- Elles sont plus fréquentes de 3 semaines à 3 mois et vont en diminuant.
- Le bébé est tendu, son visage est rouge, ses cuisses repliées sur le ventre.

> Est-il malade (fièvre, difficulté de boire)?

> A-t-il froid ou chaud?

> A-t-il besoin d'un changement de position?

> A-t-il besoin de téter?

> A-t-il besoin d'être réconforté par un contact physique?

> Est-il fatigué?

- Quand l'enfant pleure, tenter de le consoler le plus rapidement possible, en le prenant dans ses bras, par exemple.

- Il a été «collé» pendant neuf mois sur les bruits cardiaques de sa mère; on ne peut pas trop le gâter en le prenant contre soi, pour lui c'est même un besoin. Ainsi il apprend que l'on s'occupe de lui et qu'il peut faire confiance à ses parents.

- Chanter une berceuse, lui parler, lui faire écouter de la musique, l'envelopper dans une couverture réchauffée au préalable dans la sécheuse.

- Caresser son dos.
- Donner un bain.
- Le promener dans un sac ventral.
- L'emmener faire un tour d'auto.

ÉVITER:

- de placer l'enfant sur la sécheuse; les vibrations peuvent faire bouger l'enfant et entraîner une chute. Danger!
- les sacs magiques réchauffés aux micro-ondes, car ils peuvent causer des brûlures.

Si, malgré toutes ces interventions, votre bébé pleure encore et que vous êtes inquiet, consulter une infirmière ou un médecin.

Si malgré tout le bébé pleure encore et que vous ressentez impuissance, exaspération, désespoir:

NE JAMAIS SECOUER UN BÉBÉ. La musculature de son cou est faible et sa tête relativement grosse et pesante. L'impact de secousse sur la tête peut entraîner des saignements à l'intérieur du crâne, et conduire à des dommages neurologiques majeurs (retard mental, perte de la vue, de l'ouïe, paralysie, convulsions et décès).

SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

AUTRES STRATÉGIES SUGGÉRÉES POUR PRÉVENIR LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

- **Demander à une personne calme, et disposée à faire face aux pleurs du bébé, de vous relayer.**
- **Envelopper le bébé dans une couverture, le coucher dans son berceau et quitter la chambre pour prendre du repos.**
- **Appeler quelqu'un pour en parler.**
- **Planifier des moments de répit en demandant l'aide d'une personne digne de confiance qui peut garder le bébé.**
- **Consulter si l'irritabilité du bébé vous inquiète.**
- **Faire preuve de vigilance dans le choix des gardiennes: la prudence s'impose avant de décider de laisser le bébé sous la garde d'une personne inexpérimentée, qui éprouve de la difficulté à contrôler sa colère, ou qui témoigne du ressentiment envers le nourrisson.**

RÉFÉRENCES

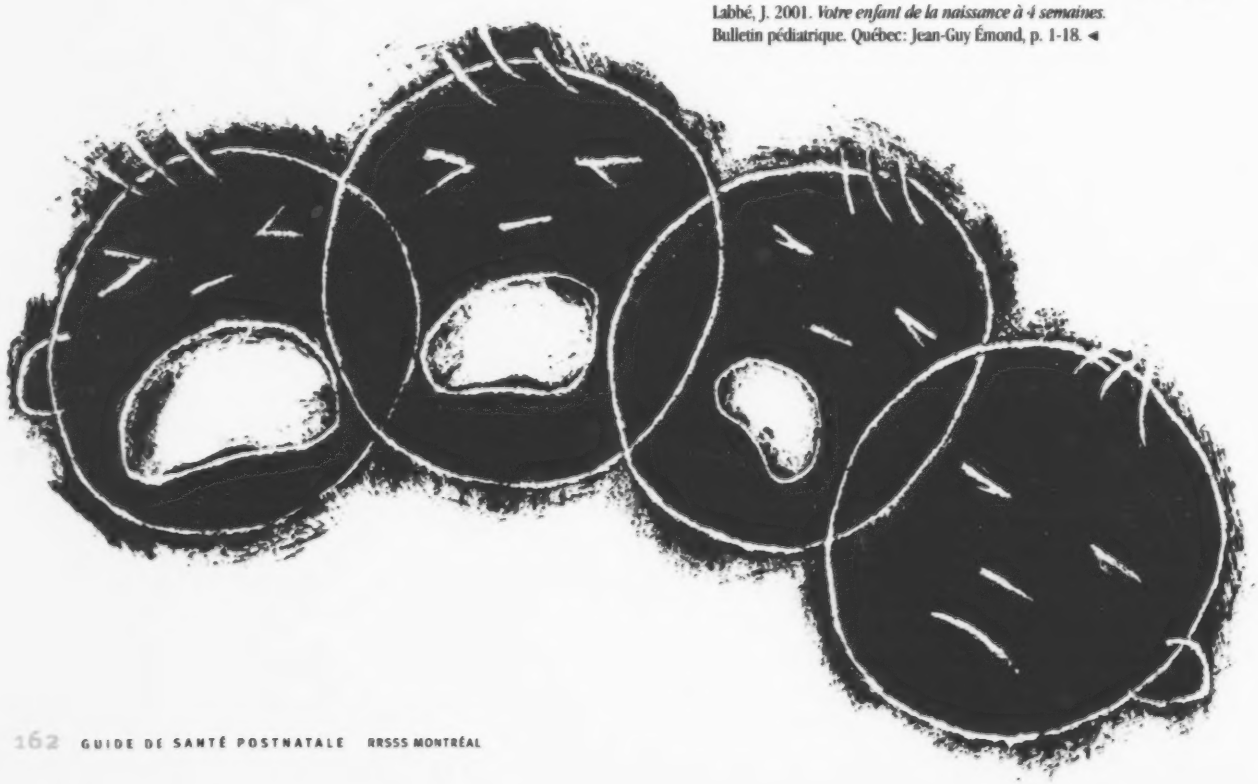
American Academy of Pediatrics. 2001. «Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report». *Pediatrics*, volume 108, numéro 1, p. 206-210.

Fivre, F. 2002. «Prévention du syndrome du bébé secoué. Le thermomètre de la colère». *Le médecin du Québec*, volume 37, numéro 12, p. 24-27.

Santé Canada. 2002. *Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*. www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/jointstatement_web_f.html

Société canadienne de pédiatrie. 2001. *Un énoncé conjoint pour prévenir les conséquences tragiques du fait de secouer un enfant*. Gazette SCP. www.cps.ca

Labbé, J. 2001. *Votre enfant de la naissance à 4 semaines*. Bulletin pédiatrique. Québec: Jean-Guy Émond, p. 1-18. ◄



Sièges d'auto, lits d'enfants et exposition au soleil

Les parents connaissent les modalités liées à l'usage des sièges d'auto et des lits pour enfants ainsi que les précautions à prendre pour le bébé en ce qui a trait à l'exposition au soleil.

INFORMATION AUX PARENTS

Sièges d'auto du nouveau-né

- Le siège d'auto pour nouveau-né moule le corps du bébé et le retient confortablement dans une position semi assise, avec un soutien adéquat au dos.
- Il est recommandé de placer le bébé avec un autre passager au centre de la banquette arrière.
- Le siège du nouveau-né est placé dans le sens contraire de la circulation. L'enfant regarde donc vers l'arrière du véhicule. Cette position permet de mieux protéger son cou et sa cage thoracique advenant un choc.
- Le bébé peut être placé sur la banquette avant si :
  - le véhicule n'est pas muni d'un coussin gonflable du côté du passager.
  - le conducteur est seul avec le bébé.

ATTACHER LE SIÈGE DE L'ENFANT EN RESPECTANT LES CONSIGNES DU FABRICANT

- Fixer le siège à la banquette de l'auto avec la ceinture de sécurité, qu'on passe dans les encoches situées sur le siège.
- Passer la ceinture d'épaule (baudrier) derrière le banc.
- Passer les courroies dans les fentes du siège situées un peu plus bas que les épaules du bébé, ainsi les courroies enveloppent ses épaules.
- Enclencher la languette de métal dans la boucle et remonter l'attache qui relie les courroies au milieu de la poitrine de l'enfant, pour éviter qu'il ne soit éjecté de son siège lors d'un choc.
- Laisser l'espace d'un doigt entre les harnais et la clavicule de l'enfant.

Tous les nouveau-nés doivent quitter l'hôpital dans un siège approprié.

Pour toute autre information, se référer au dépliant : *Un siège d'auto pour enfants mal installé : danger!* de la Société de l'assurance automobile du Québec (disponible à la SAAQ, aux postes de police de la Ville de Montréal ou dans les CLSC). Dans chaque poste de police, des policiers ont été formés pour évaluer la qualité des sièges de sécurité pour enfants et connaître leur installation.

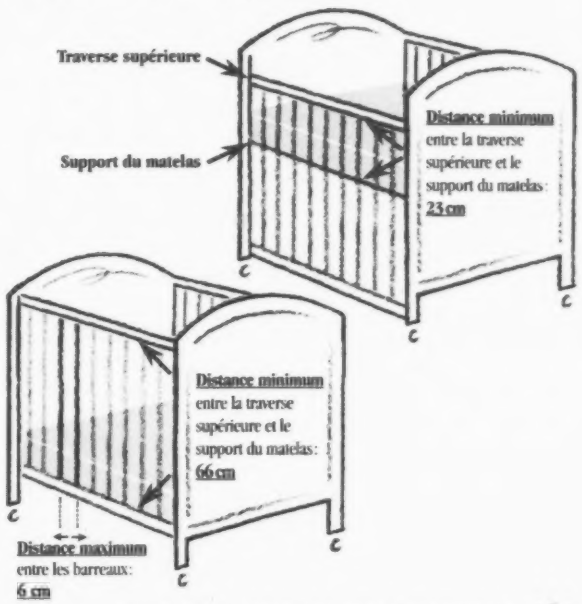
SIÈGES D'AUTO, LITS D'ENFANTS ET EXPOSITION AU SOLEIL

INFORMATION AUX PARENTS

Lits d'enfants

POUR ÊTRE SÉCURITAIRE, LE LIT D'ENFANT DOIT RÉPONDRE À DES NORMES SPÉCIFIQUES

- Le système de support doit être fixe. S'il est flottant, jeter ce lit (ne pas le donner à quelqu'un qui a un bébé) et se procurer un lit à support fixe.
- L'espace entre les barreaux est d'un maximum de 6 cm.
- La distance entre le matelas et les côtés ou extrémités du lit est d'un maximum de 3 cm.
- L'épaisseur du matelas est d'un maximum de 15 cm.
- Le côté abaissable est déclenché en deux coups simultanés et il s'enclenche automatiquement.



- Lorsque le côté abaissable est descendu au maximum et que le support du matelas est monté au maximum, il y a une distance minimale de 23 cm entre la traverse supérieure du côté abaissable et le support à matelas.
- Lorsque le côté abaissable est monté au maximum, et que le support du matelas est à la position la plus basse, il y a une distance minimale de 66 cm entre la traverse supérieure du côté abaissable et le support à matelas.

Pour des informations supplémentaires, se référer au dépliant: *La sécurité des lits d'enfants* de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

INFORMATION AUX PARENTS

Exposition au soleil

COMME:

- la peau est le plus grand organe du corps;
- l'intensité des rayons ultraviolets est maximale entre 11 h et 16 h;
- les effets les plus nocifs de l'exposition au soleil surviennent à la petite enfance;

IL EST RECOMMANDÉ:

- jusqu'à l'âge de 6 mois, de placer le bébé dans des endroits ombragés. Puisque la peau est délicate, il vaut mieux éviter la crème solaire, qui peut causer des réactions allergiques.
- de ne pas exposer le bébé de moins de 1 an à la lumière directe du soleil; le garder dans une poussette couverte, sous un parasol ou à l'ombre.
- de garder le bébé à l'ombre et de s'assurer qu'il est bien protégé, par un chapeau à large bord et des vêtements à tissage serré.

RÉFÉRENCES

Association canadienne de dermatologie. *Pour les parents: la sécurité au soleil, tous les jours!*

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, p. 17-19, 352-353, 359-360, 370-371.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Lanaudière. *La sécurité des lits d'enfants.*

Société de l'assurance automobile du Québec. *Un siège d'auto pour enfants mal installé : danger!*

www.safekidscanada.ca/french/safety_tips/factsheetpdfs/newbabiesfrench.pdf

www.soinsdenosenfants.cps.ca/securite/maisonauto.htm ◄

Bibliographie

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAÉS). 2002. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant: service, recommandations et références professionnels.* Paris: ANAÉS. www.anaes.fr

American Academy of Pediatrics. 2000. «Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. Changing concepts of sudden infant death. Syndrome: Implications for infant sleeping environnement and sleep position». *Pediatrics*, numéro 105, volume 3, p. 650-656.

American Academy of Pediatrics. 2001. «Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report». *Pediatrics*, volume 108, numéro 1, p. 206-210.

Association canadienne de dermatologie. *Pour les parents: la sécurité au soleil, tous les jours!*

Bernier, L. 2003. *Le petit Nourri-Source*, 4e édition. 1999. Nourri-Source.

Christensson. K., *et al.* 1995. «Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact», *Acta Prediatrica*, volume 84, p. 468-473.

Comité de la pédiatrie communautaire de la SCP. 2003. *Comment prendre la température d'un enfant. Soins de nos enfants.* www.cps.ca

Communication-Québec. 2001. *Bébé arrive.*

Côté, A. 2002. *Dodo sur le dos… pour la vie et sommeil en sécurité.* Montréal: Service de médecine respiratoire, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill.

Dionne, S. 1996. *Le lait maternel: un lait fait sur mesure.* Conférence prononcée devant les membres du groupe Nourri-Source.

Doré, N. et D. Le Hénaff. 2003. *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères.* Québec: Institut national de santé publique du Québec.

ÉLDEQ (Étude longitudinale du développement des enfants du Québec). 1998-2002. *L'alimentation du nourrisson*, volume 1, numéro 5.

ÉLDEQ. 1998-2002. *Les nourrissons de 5 mois.* www.stat.gouv.qc.ca/publications/santé/bébé(no5 pdf.htm)

Fivre, F. 2002. «Prévention du syndrome du bébé secoué. Le thermomètre de la colère». *Le médecin du Québec*, volume 37, numéro 12, p. 24-27.

Gauthier, D., L.N. Haiek et L. Rocheleau. 2002. *L'allaitement maternel. Formation de base.* Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie. Montérégie: Santé publique.

Herman, A.H. et S.F. Pettit. 2001. «Back to sleep: Good advice for parents but not for hospitals?». *Pediatrics*, volume 107, numéro 3, p. 537-539.

Hockenberry, M.J. 2003. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Hôpital Sainte-Justine. 1999. *L'allaitement maternel.* Collection Parents. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

Karl, D.J. 1999. «The interactive newborn bath. Using neurobehavior to connect parents and newborns». *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, volume 24, numéro 6, p. 280-286.

Kaufman, M.W., J.Y. Clark et C.L. Castro. 2001. «Neonatal circumcision benefits, risks, and family teaching». *MCN*, volume 26, numéro 4, p. 197-201.

Labbé, J. 2001. *Votre enfant de la naissance à 4 semaines.* Bulletin pédiatrique. Québec: Édition Jean-Guy Émond.

Layrence, R.A. 1999. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.* Missouri: Mosby.

Legault, M. et F. Raymond. 1998. «Four à micro-ondes et soins de santé: prudence». *Infirmière du Québec*, volume 6, numéro 1, p. 36-44.

Ligue La Lèche. 1999. *Traité de l'allaitement maternel*, traduction de l'édition révisée 1997: *The Breasfeeding Answer Book.* Québec: Ligue la Lèche.

Lowdermilk, L.D., S.E. Perry et I.M. Bobak. 2000. *Maternity & Women's Health Care*, 7e édition. St-Louis: Mosby.

Macke, J.K. 2001. «Analgesia for circumcision: Effects on newborn behavior and mother/infant interaction». *JOGNN*, volume 30, numéro 5, p. 507-514.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001. *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Moon, R.Y., K.M. Patel et S.J.M. Shaefer. 2000. «Sudden infant death syndrome in child care settings». *Pediatrics*, volume 10, numéro 2, p. 295-300.

Parce que papa est circoncis… www.infocirc.org

Pollack, H.A. 2001. «Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy and effectiveness of smoking cessation intervention». *American Journal of Public Health*, volume 91, numéro 3, p. 432-436.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. 2002. *Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes*. Sherbrooke: Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Lanaudière. *La sécurité des lits d'enfants*: RRSSS Lanaudière.

Reiser, D. 2001. «Hyperbilirubinemia, exploring neonatal conditions related to bilirubin production». *Aubonn Lifelines*, juin-juillet, p. 55-61.

Santé Canada. 2002. *Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*. www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/publications/jointstatement_web_f.html

Santé Canada. 2002. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. www.hc.ca

Sharber, J. 1997. «The efficacy of tepid bathing to reduce fever in young children». *American Journal of Emergency Medecine*, volume 15, numéro 2, p. 188-192.

Sivelle, G. 1998. *Convulsions fébriles du nourrisson*. Consultations du Corpus médical pédiatrie. www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpmed/Corpus/corpus/question/pedi254.htm

Société canadienne de pédiatrie. 1993. *Le bien-être des enfants. La fièvre*. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 1998, réapprouvé en 2002. *La mort subite du nourrisson au Canada: réduire le risque*. CPS01-02. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2001. *La plagiocéphalie positionnelle et la position du sommeil. Une mise à jour de l'énoncé conjoint sur la mort du nourrisson*. CPS01-02. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2001. *Un énoncé conjoint pour prévenir les conséquences tragiques du fait de secouer un enfant*. Gazette SCP. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Hyperbilirubinémie néonatale grave*. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *La circoncision néonatale revisitée*. www.cps.ca/francais/enonces/fn/fn96-01.htm

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme*. FN98-02. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2002. *Utilisation de l'acétaminophène et de l'ibuprofène dans la prise en charge de la fièvre et de la douleur légère ou modérée chez l'enfant*. DT98-01. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. 2003. *La mesure de la température en pédiatrie*. CP00-01. www.cps.ca

Société canadienne de pédiatrie. *Investissons dans nos enfants*. www.cps.ca

Société de l'assurance automobile du Québec. *Un siège d'auto pour enfants mal installé: danger!*.

Taddio, A., M. Goldbach, M. Ipp, *et al.* 1995. «Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys». *Lancet*, numéro 345, p. 246-250.

www.safekidscanada.ca/french/safety_tips/factsheetpdfs/newbabiesfrench.pdf

www.soinsdenosenfants.cps.ca/securite/maisonauto.htm ◄